FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 170 Année 1913

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M. Georges BOUSSEAU

Né à Angers, le 26 Janvier 1886.
Interne des hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

PERFORATION AIGUË

DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

Président : M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1913

170

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

PERFORATION AIGUË

DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. N.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DUVAL (Pierre).	LECENE.	OMBREDANNE.
BERNARD (Léon)	GOUGEROT.	LENORMANT.	PROUST.
BRANCA.	GREGOIRE.	LEQUEUX.	RATHERY.
BRINDEAU.	GUÉNIOT.	LERI.	RETTERER.
BROCA (André).	GUILLAIN.	LŒPER.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MACAIGNE.	ROUSSY.
CAMUS (Jean).	JOUSSET (André).	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CASTAIGNE.	LAIGNEL - LA -	MULON.	SICARD.
CHEVASSU.	VASTINE.	NICLOUX.	TERRIEN.
CLAUDE.	LANGLOIS.	NOBECOURT.	TIFFENEAU.
COUVELAIRE.		OKINCZYC.	ZIMMERN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° **THÈSE** Année 1913

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M. Georges BOUSSEAU
Né à Angers, le 26 Janvier 1886.
Interne des hôpitaux d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

PERFORATION AIGUË

DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

Président : M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1913

A MES MAITRES

DE L'HOTEL-DIEU

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

PERFORATION AIGUË

DE L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

INTRODUCTION

Au terme de mes études médicales, je suis heureux d'adresser mes plus vifs remerciements à mes Maîtres de l'Hôtel-Dieu et de l'Ecole de médecine d'Angers ainsi qu'à tous ceux qui, durant le cours de mes années d'études, se sont intéressés à moi.

Alors que j'étais interne, MM. Monprofit, Thibault, Boquel m'accueillirent dans leurs services avec la plus grande bienveillance. Je conserve le meilleur souvenir des heures tropbrèves passées près de ces Maîtres et leur suis profondément reconnaissant pour les nombreux conseils et les savantes leçons qu'ils n'ont cessé de me donner.

Je remercie MM. Brin, Maugourd, Dénéchau, Léon, Martin, Mareau, Turlais, Papin, Cocard, Charrier, Gaugain, Spillmann, Royer, des marques de sympathie que j'ai toujours reçues d'eux.

M. Legludic et M. Jagot, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers, m'ont, en maintes occasions, donné des preuves de leur grande bienveillance. Je leur en demeure bien sincèrement reconnaissant.

M. Tesson, dans le service duquel je débutai comme jeune étudiant, a bien voulu me guider dans le choix de cette thèse. Je le prie de croire à ma profonde gratitude.

Que M. le Professeur Legueu veuille bien agréer l'expression de ma très respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse.

CHAPITRE PREMIER

Durant mes trois dernières années d'études, j'ai eu l'occasion d'observer trois cas de perforations viscérales : deux furent très nettement suites d'ulcère du duodénum ; la troisième ne fut pas diagnostiquée d'une façon sûre, absolue : au cours de l'intervention, on ne put voir l'origine de la collection qu'il importait de drainer. Néanmoins, ces trois observations me parurent fort intéressantes et me permirent de connaître mieux l'ulcère du duodénum.

La difficulté avec laquelle on porte ce diagnostic, — le plus souvent, le médecin n'y pense pas, obsédé qu'il est par les nombreux cas d affections appendiculaires qu'il a rencontrés, — cette difficulté m'a invité, en présence de ces cas, à entreprendre ce travail.

L'histoire de cette affection est connue ; elle a été mise au point dans nombre d'ouvrages : dans les thèses de Darras et de Renaudin et dans le brillant rapport de Pauchet au 23e congrès de Chirurgie. Ces auteurs nous disent comment, d'abord connu des Français, l'ulcère duodénal fut surtout étudié ces dernières années à l'étranger chez les Anglais et les Américains, qui ont acquis une connaissance parfaite de cette affec-

tion et de ses accidents, et, depuis longtemps, savent la diagnostiquer au lit même du malade, et la guérir. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire leurs ouvrages et de parcourir leurs statistiques.

Mais, sur de nombreux points, l'entente n'est pas parfaite entre chirurgiens français et anglo-américains. De notre côté, nous trouvons considérable le nombre d'ulcères duodénaux vus par ceux-ci, et, entre autres points, le siège de l'ulcère est sujet de contestation. Quoi qu'il en soit, comme le dit, dans un récent article, M. Lagoutte, du Creusot (1), les symptômes sont les mêmes, qu'il s'agisse d'ulcère du duodénum proprement dit, ou d'ulcère, mettons duodéno-pylorique. En ces cas, la conduite du médecin et du chirurgien sera la même : une seule conduite est à tenir en présence d'une péritonite par perforation viscérale : c'est l'intervention précoce, l'obstruction de la perforation et un ensemble de pratiques qui mettront en valeur l'action défensive du péritoine et de l'organisme en général. C'est du moins la leçon qui nous est donnée par les travaux compétents des Anglo-Américains ; par les statistiques où nous ne voyons guérir que les cas opérés dans les toutes premières heures ; celle qui ressort des congrès de chirurgie de 1910 et de 1911.

La nécessité d'aller vite (« il faut entrer dans le ventre et en sortir au plus vite », disent de façon caractéristique les auteurs américains) nous oblige à ce

(1) Des perforations brusques de l'ulcère duodénal en péritoine libre, par M. Lagoutte, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Creusot. *Lyon chirurgical*, 1er mars 1912.

diagnostic rapide et à une intervention sans tâtonnements, bien réglée. Aussi les deux points que je m'efforcerai surtout d'étudier au cours de ce travail seront les suivants :

1° Peut-on poser le diagnostic de perforation d'un ulcère du duodénum ?

2° Ce diagnostic posé, la lésion découverte, comment doit-on se comporter vis-à-vis d'elle ?

Observation I. — (Dr *Tesson*) (1).

Th..., 37 ans, garde-chasse,est pris brusquement à 6 heures du soir, au retour d'une tournée de chasse, d'une très violente douleur dans le ventre. Rien dans les antécédents du malade ; jusqu'à ce jour, il a toujours été bien portant. Aucun passé gastrique; il n'a jamais eu de douleurs semblables, jamais de nausées ni de vomissements après le repas.

A 8 heures du soir,deux heures après le début des accidents, le Dr Tuvache, de la Flèche, voit le malade. Il trouve celui-ci souffrant beaucoup, hésitant, durant l'examen, à faire le moindre mouvement.

A la palpation, le ventre est souple, non ballonné, dépressible; la fosse iliaque droite, dans la région de l'appendice, n'est pas douloureuse. La douleur est nettement localisée à l'épigastre et au bord des fausses côtes du côté droit, sur une ligne descendant verticalement du mamelon.

Pas de vomissements.

Le pouls est normal.

Diagnostic : crise aiguë de colique hépatique.

On fait une injection de morphine.

Vers deux heures de la nuit, le malade souffrant beaucoup fait appeler à nouveau le médecin qui administre de l'élixir parégorique.

Le lendemain matin, le malade a eu un vomissement, noirâtre à la fin.

L'abdomen est d'une dureté de bois, douloureux partout, mais surtout dans la fosse iliaque gauche. La température rectale est à 38°5. Le pouls marque 130.

On fait des applications de glace.

(1) Observation publiée par le Dr Tuvache, de la Flèche, dans les *Archives médico-chirurgicales de province.*

Le soir, la dureté du ventre a disparu ; la douleur prédomine à droite.

C'est à ce moment que M. Tesson est appelé à voir le malade. Il le trouve dans un état des plus graves.

Le ventre est ballonné, uniformément douloureux, le pouls est petit et bat à 150. Le facies est grippé, le nez pincé.

La péritonite généralisée est évidente. On porte le diagnostic d'appendicite ; bien qu'un instant on ait envisagé une rupture des voies biliaires possible.

Le pronostic apparaît très sombre. On opère séance tenante.

Opération. — Incision sur la fosse iliaque droite, sur le bord externe du muscle droit.

A l'ouverture de la cavité abdominale s'écoule un liquide louche, jaune verdâtre, sans odeur, s'échappant, en même temps que quelques gaz. Les anses intestinales sont injectées, recouvertes de fausses membranes.

L'appendice est irrégulier dans sa forme, blanchâtre à son extrémité ; mais ne semble pas être la cause de ces accidents. On l'enlève. On place deux gros drains dans le bassin qui contient du pus. Sutures.

La teinte jaune verdâtre, bilieuse, des liquides épanchés dans la cavité abdominale fait penser à une perforation siégeant sur une des parties hautes du tube digestif, et on dirige les recherches de ce côté.

Incision sur la ligne médiane, susombilicale. La vésicule apparaît intacte. On relève le foie, et on voit sur la première portion du duodénum, à deux centimètres en dehors du pylore, sur la face antérieure, une perforation faite comme à l'emporte-pièce, de la dimension d'une lentille. Pas d'adhérences.

Enfouissement au moyen de deux surjets séro-musculaire et séro-séreux.

Fermeture de l'incision, sans nouveau drainage.

Le malade ne se remonte pas et meurt dans la nuit.

Observation II. — (*Dr Monprofit.*)

Due à l'obligeance de mon excellent camarade G. Boumard.

J. L..., âgé de 65 ans, cultivateur à Brain-sur-l'Authion, entre à l'Hôtel-Dieu d'Angers, le samedi 20 juillet 1912, parce qu'il souffre de douleurs très vives à droite de l'épigastre, et que depuis 24 heures il n'a rendu ni matières, ni gaz.

Antécédents : A noter d'abord un éthylisme très marqué. Depuis une trentaine d'années environ, le malade se plaint de douleurs épigastriques, qui le prennent quelques heures après les repas, et se sont toujours manifestées de façon irrégulière. Elles ne se sont jamais accompagnées d'autres troubles digestifs.

Le vendredi, 19 juillet, à 5 heures du soir, le malade se sent pris d'une très violente douleur siégeant à l'épigastre, à la partie droite surtout de cette région ; cette douleur s'irradie dans le flanc droit ; elle est intermittente.

Une demi-heure après l'apparition de la douleur surviennent des vomissements alimentaires.

A 7 heures, un médecin voit le malade et le croit atteint d'une crise douloureuse de gastrite alcoolique. Piqûre de morphine, qui amène pendant quelques heures, semble-t-il, un peu d'amélioration.

Au milieu de la nuit, la douleur et les vomissements réapparaissent. La douleur, pénible au point de faire crier le malade, siège dans toute la partie droite de l'abdomen, mais cependant est prédominante à la partie supérieure.

Le ventre se ballonne.

Le malade ne rend ni matières, ni gaz, ni urines.

Le 20, au matin, le médecin revoit le malade : cathétérisme de l'urèthre, afin de vider la vessie remplie d'urine. Potion calmante, et glace à appliquer sur le ventre. Cette thérapeutique n'amène que très peu d'amélioration.

Le soir, à 4 heures, l'état s'est peu modifié : la douleur, les vomissements, la rétention des matières et des urines persistent. Le ventre est un peu plus ballonné.

A 9 heures du soir le malade est amené à l'hôpital dans le service de M. le Pr Monprofit.

L'examen montre un malade très fatigué : les traits tirés, le nez pincé.

L'abdomen est ballonné légèrement et uniformément. La palpation en est douloureuse, surtout à droite et au-dessus de l'ombilic ; on ne sent rien dans la profondeur.

Les flancs et l'hypogastre sont submats.

Le toucher rectal ne donne aucun autre renseignement.

La température est à 37o 2.

Le pouls à 120.

On pense à : appendicite suraiguë et on se décide à intervenir.

Opération à 10 heures du soir. Anesthésie au chloroforme, puis à l'éther.

Incision sur le bord externe du muscle droit. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule du ventre un liquide noirâtre, non fétide.

L'appendice présente quelques adhérences, à l'intérieur on trouve un petit coprolithe. Mais il n'est pas sphacélé et il ne semble pas possible que ses lésions aient amené les accidents actuels. Appendicectomie.

On prolonge alors l'incision par sa partie supérieure. On explore la vésicule, distendue et entourée de quelques adhérences. Dans cette partie supérieure de l'abdomen, le liquide jaune noirâtre, trouvé dès la première incision, est plus abondant. L'estomac paraît intact. Mais, en dehors du pylore, vers la première partie du duodénum, le doigt pénètre dans une énorme perforation.

Vu l'état particulièrement grave du malade, et la lésion, on ne peut qu'en faire le tamponnement.

On draine le bassin, la fosse iliaque et la région du duodénum et on ferme la paroi.

Après l'intervention, le malade est très fatigué ; son pouls est petit, fuyant il bat à 140. Sérum artificiel, et toni-cardiaques. Au réveil il se plaint de souffrir atrocement dans le ventre, il

a quelques vomissements de liquide jaune noirâtre, analogue à celui qu'on a trouvé dans le ventre. Il est très agité.

Mort, dans la nuit, à 2 heures.

Autopsie. — On trouve, entourée d'adhérences aux organes voisins, la perforation large comme une pièce de deux francs. Elle est située exactement à l'angle formé par la première et la seconde portion du duodénum, face antérieure. Autour de cette perforation, la paroi duodénale est épaissie et indurée.

En résumé, ces deux observations nous montrent deux malades, le premier bien portant jusqu'alors, le second se plaignant de troubles gastriques depuis une trentaine d'années, pris subitement de violentes douleurs dans le ventre, douleurs siégeant surtout au côté droit et accompagnées, chez le premier du moins, de contracture abdominale intense. Evolution rapide vers la péritonite généralisée, avec tous les symptômes d'infection très grave. La douleur prédominante à droite et la marche de l'affection ont, dans les deux cas, conduit au diagnostic de péritonite par lésion appendiculaire. Dans les deux cas, l'intervention a montré l'appendice sain ; au duodénum siégeait la lésion cause des accidents ; une perforation d'un ulcère du duodénum.

CHAPITRE II

Symptômes.

Ces deux observations sont des exemples très remarquables des perforations de l'ulcère du duodénum que Pauchet range sous le nom de perforations aiguës.

Dans la plupart des cas, les choses se passent ainsi que nous le voyons dans ces deux observations. Il s'agit, le plus souvent, d'un homme d'âge moyen, jusque-là bien portant ; quand soudain éclatent des accidents d'une intensité vraiment extraordinaire, intensité telle que, sur ces accidents seuls et malgré leur petit nombre, nous devrons, après étude réfléchie, baser notre diagnostic.

L'ulcère du duodénum est fréquent, mais sa fréquence varie avec les statistiques. Retenons surtout que pour les F. Mayo Moynitan, Mayo Robson, Codmann, l'ulcère du duodénum est plus fréquent que l'ulcère gastrique. Cette assertion, basée sur les statistiques de ces auteurs, est très discutée en France où l'on s'accorde à reconnaître moins fréquente cette affection. Parallèlement, la perforation de l'ulcère duodénal est également fréquente. Collin, sur 262 cas d'ulcères, voit 181 perforations : soit dans 69 0/0 des cas ; en 10 ans il en réu-

nit 26 observations. Houzé, dans sa thèse, en cite 15 cas observés en 3 ans et Darras 5.

Fenvick donne	53 0/0
Chwosteck	42 0/0
Oppenheimer	48 0/0

Toutefois, à ces statistiques il faut attacher peu d'importance : la plupart des cas qui y sont signalés n'ont été diagnostiqués que par le gros symptôme classique (hémorragie) ou par des complications graves (perforation), lesquels, en réalité, ne se produisent que dans la minorité des cas.

Il faut regarder comme plus vraie la statistique de Mayo Robson, qui donne le résultat de son expérience personnelle — soit 10 0/0 des cas — et n'admet dans cette statistique que les cas d'ulcère diagnostiqué avant la perforation.

Nos statistiques, de même, n'auront de valeur que le jour où, comme les Anglo-Américains, nous saurons dépister de bonne heure les cas d'ulcère du duodénum.

Récemment, Zitronblatt, de Moscou, donnait, en toute sincérité, des chiffres qui montrent de façon éloquente la fréquence de cette terrible affection. En 10 ans, sur 374 péritonites, il en vit 50 se produire par perforation d'ulcère duodénal ou gastrique ; et sur ce nombre, 22 ne furent découvertes qu'à l'autopsie.

Sexe. — Cette affection est plus fréquente chez l'homme : les auteurs, qui en ont observé un grand

nombre de cas, donnent une proportion de 1 pour 4 ; il est donc naturel que l'on observe plus fréquemment l'accident perforation chez l'homme que chez la femme. A ce sujet, il est intéressant de rappeler que l'ulcère gastrique et que la perforation de cet ulcère sont beaucoup plus fréquents chez la femme : deux fois plus, dit Pauchet, sans pouvoir donner de raisons bien sûres.

Brünner, dans ses statistiques, compte, sur 82 cas de perforation duodénale, 74 hommes et 8 femmes seulement, alors que, sur 341 cas de perforation gastrique, il eut 273 femmes et 68 hommes.

Age. — C'est également une affection de l'âge moyen de la vie — soit entre 30 et 40 ans — 37 est la moyenne dans les cas observés par Le Renard et par Collin.

Toutefois, on a observé des cas d'ulcère duodénal et de perforation chez des sujets plus âgés (vieillard de 65 ans — obs. II), et chez d'autres moins âgés. Parmi les 186 cas opérés de 1900 à 1908 et cités par Moynihan, le plus jeune était âgé de 17 ans. Les cas connus de perforation duodénale les plus jeunes sont celui de Brunner, chez un sujet de 20 ans ; celui de Moynihan (17 ans) ; d'Imfeld (15 ans 1/2). Je cite un cas opéré par Lecène chez un sujet de 20 ans (obs. IX) et un autre de Bœckel (obs. VIII) chez un jeune garçon de ferme du même âge.

Commémoratifs. — Généralement, en fouillant les antécédents du malade, on ne retrouve aucune affection antérieure des voies digestives. De fait, les auteurs

disent que l'ulcère du duodénum évolue d'une façon latente et Dieulafoy montre, avec observations à l'appui, que la complication perforation est, le plus souvent, le premier symptôme de l'affection. Dans sa thèse, Darras observe des cas de perforation qui ont été précédés de troubles digestifs antérieurs sans caractères précis : ce sont des sensations de plénitude après les repas, de la constipation ; ou bien des signes mieux définis : des douleurs à la région épigastrique, des crises gastriques avec vomissements, hématémèses, melœnas, qui font penser plutôt à l'ulcère gastrique ; mais, dit Darras, dans aucun cas, à sa connaissance, ces signes seuls permirent le diagnostic d'ulcère du duodénum.

Pauchet, dans son rapport au Congrès de chirurgie, met en parallèle les observations que lui ont communiquées les chirurgiens anglo-américains et les chirurgiens français ; et voit que, dans tous les documents apportés par ceux-ci, il n'est pas d'ulcère qui ait été diagnostiqué d'après les signes fonctionnels qu'il occasionnait. Tous, ou presque tous, se sont révélés par un accident : soit hémorragie, soit perforation, avec péritonite ou abcès sous-phrénique consécutif. Et il écrit : « Singulière maladie serait celle qui n'existerait que par ses complications. Que dirions-nous d'un médecin qui ne reconnaîtrait la tuberculose qu'à ses hémorragies?... » Il est certain que, dans de nombreuses observations, on ne put relever d'accidents antérieurs : C'est ou bien que, réellement, ils n'existaient pas ; ou bien faut-il admettre ce fait : qu'à la suite de la per-

foration de l'ulcère duodénal les douleurs effroyables que ressent le malade le rendent peu loquace ; il est prostré, et ne répond qu'imparfaitement aux questions qui lui sont posées: d'autre part, les symptômes de l'ulcère sont peu nets. Pauchet le reconnaît bien dans son rapport, où il montre comment, sur des signes flous en apparence, les Anglo-Américains établissent cependant un diagnostic que confirme l'intervention. A cette période, les douleurs ressenties par le malade sont peu violentes, et l'inquiètent peu, trop souvent elles sont intermittentes ; et, si les hémorragies n'ont pas été constatées, ces simples signes peuvent passer comme inaperçus. Cependant, dans beaucoup d'observations, il n'en est plus ainsi : des troubles sont observés avant que ne surviennent les signes de la perforation. Alors, on a affaire à un individu qui souvent avoue des habitudes éthyliques, et souffre depuis longtemps déjà.

Les malades de mes observations II et III souffraient : chez le premier, éthylique avéré, on notait, depuis une trentaine d'années, des douleurs épigastriques, survenant quelques heures après les repas, de façon irrégulière. Elles ne s'étaient jamais accompagnées d'aucun autre trouble digestif. Le second se plaignait de digestions pénibles — pesanteurs et sensations de plénitude après les repas — douleurs tardives généralement — quelques vomissements — de la constipation. Quelques jours avant les accidents, on pensait à hyperchlorhydrie et un traitement approprié avait été institué. Autant de signes qui auraient pu prendre place

dans la discussion d'un diagnostic d'ulcère duodénal.

Dans l'observation IV, de Tédenas, on lit que le malade souffrait, depuis une dizaine d'années, de douleurs vives sous le rebord costal droit ; ces douleurs étaient calmées par l'absorption d'un verre d'eau de Vichy, ou de cachets de bismuth. Pyrosis fréquent.

Pituite fréquente le matin. Les douleurs sont intermittentes, et se calment pendant des périodes de 4 à 5 semaines, puis reparaissent à la suite d'excès de table, sans cause apparente parfois. Un jour, ce malade fit des accidents, qui, 6 jours après, nécessitèrent une intervention : on trouva une perforation d'un ulcère du duodénum.

Dans l'observation VII, de Lardennois, on avait affaire à un gros mangeur. Pas d'éthylisme net. Aucun trouble digestif, jusqu'à la veille du jour où débutèrent les accidents : à la suite d'un copieux dîner, il avait ressenti quelques malaises. Le lendemain se faisait la perforation du duodénum.

Dans l'observation VIII, on voit un jeune homme d'une vingtaine d'années, jouissant d'une excellente santé, jusqu'à environ 4 semaines du début des accidents. A partir de cette date, dit l'observation, vague douleur dans le ventre.

D'ailleurs, l'importance des commémoratifs, dans le cas présent a été signalée. C'est ainsi que Moynihan estime que dans les cas où il n'a pas été relevé d'antécédents d'ulcère, c'est qu'on n'a pas suffisamment cherché.

Pauchet, de son côté, recommande : « Pour fixer ce diagnostic, le médecin interrogera immédiatement le malade ou la famille, afin de retrouver dans ses antécédents le syndrôme d'ulcère du duodénum. »

Plus récemment, Elsworth Eliot rappelle que la perforation est généralement précédée d'une période de troubles digestifs plus ou moins nets, et Lagoutte écrit :

« L'anamnésie a la plus grande importance au point de vue du diagnostic. »

Donc, dans l'interrogation du malade, s'informer de l'état antérieur des voies digestives et prêter attention aux « vagues malaises », qu'accuse le malade. Ces signes pourront devenir nets dans l'esprit du médecin averti et aideront à le conduire au diagnostic.

Causes. — Le plus souvent, la perforation se fait sans cause apparente ; ou bien nous lisons dans les observations qu'elle s'est produite à la suite d'un effort, d'une fatigue ; à la suite d'excès de boisson, d'excès de table, comme cela se voit dans deux observations de Lardennois (obs. V et VII).

Et de suite elle se manifeste par le grand symptôme, sur lequel Dieulafoy a si justement insisté : la **douleur**.

« Cette perforation, ici, comme à l'estomac, enseigne ce maître, provoque une douleur atroce, soudaine, que j'ai nommée le coup de poignard péritonéal » — et il insiste particulièrement sur ce fait, citant de remarquables observations où ce symptôme douleur fit cette brutale apparition.

Il m'a été donné d'assister à une pareille douleur. Je l'ai relaté dans l'observation III.

Appelé un soir en toute hâte, je trouvai un malade, assis au bord de son lit défait. Il venait d'être pris, depuis 1 heure environ, quelques instants après s'être couché, d'une douleur atroce, qui le faisait hurler et se tordre. Au moment où j'entrai chez lui, il était assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes ; le haut du corps penché en avant ; ses deux coudes appuyant avec force sur son ventre, dans une position qui me rappela celle qu'on décrit aux malades atteints de coliques saturnines. Deux hommes le soutenaient. Les traits étaient tirés ; son visage anxieux couvert de sueurs. Je demandai à mon malade de s'étendre sur son lit ; et j'eus toutes les peines à l'obtenir, tant il craignait, par ce mouvement, de réveiller cette épouvantable douleur, que la morphine calma à peine.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître ce caractère d'atrocité à la douleur. Pauchet dit : « C'est une douleur subite, intolérable, agonisante, supérieure à tout ce qu'un homme peut souffrir... si intense que la mort peut en résulter... » Ce fut le cas d'un professeur d'Oxford, qui tomba brusquement mort dans une rue de Londres. Son duodénum se trouve à St-Mary's Hospital Museum (Moynihan). Brouardel, dans son Traité de la mort subite, cite également des cas semblables.

Le siège de la douleur est variable. On conçoit qu'au moment de la perforation la douleur ait son point de départ en un point haut situé, dans la région épigas-

trique et le côté droit de la partie supérieure de l'abdomen. Mais des faits d'observation ne nous permettent pas d'assigner à la douleur ce siège net, toujours le même. Parfois, elle débute autour de l'ombilic, souvent dans la fosse iliaque droite, où nous la voyons apparaître d'habitude durant la seconde phase du syndrôme. La douleur occupait ce siège dans l'observation de Lecène (obs. VIII) ; elle contribua ainsi à l'erreur de diagnostic. Parfois, elle est étendue à tout le ventre ; ou bien même elle siège au côté gauche, ainsi que nous le voyons dans l'obs. I et dans les deux observations de Lardennois (obs. VI et VII).

La douleur peut avoir des irradiations. Elles se font soit dans le dos, ou bien vers l'épaule droite (Morton), vers la clavicule ; Delagenière note des irradiations basses vers les deux premières lombaires. Bucquoy et OEttinger ont chacun un cas dans lequel l'irradiation allait à l'épaule gauche ; et J.-L. Faure insiste sur l'importance de cette irradiation entre les épaules et à l'épaule gauche.

Plus importants sont les résultats que nous donne le palper.

Il doit être très attentionné, fait de façon très patiente, et très douce. On pourra alors reconnaître une zone de **sensibilité** plus exquise, une résistance de la paroi plus nette, à droite de la ligne médiane et au-dessus de l'ombilic. Mais cet examen peut ne pas donner de renseignements concordants : ne pas oublier

en effet, qu'on a affaire à un malade, dont la sensibilité est émoussée, et qui, en proie à une grande agitation, ou au contraire plongé dans la stupeur, répond mal aux questions, et donne souvent à la douleur des sièges différents au cours du même examen.

Bientôt, la sensibilité s'étend vers la fosse iliaque droite, ce fait explicable par la marche des liquides épanchés vers la fosse iliaque; et pour Lennander et d'autres auteurs il y aurait toujours là un point douloureux à la pression. Ce serait là la raison de tant d'erreurs de diagnostic.

A ce palper attentif du ventre, Alexander Miles affirme la plus grosse importance diagnostic.

« Je trouve, dit-il, une relation exacte entre le siège de la sensibilité maxima et celui de la perforation : quand la zone hypersensible siège à l'hypocondre gauche, la perforation s'est invariablement produite vers l'extrémité cardiaque de l'estomac ; quand c'est autour de l'ombilic, elle siège à la partie moyenne de l'estomac ; quand c'est dans l'hypocondre droit, elle siège sur l'antre prépylorique ou sur le duodénum. Cette association de la lésion et de l'hyperesthésie est si constante qu'elle me sert d'indication pour le siège de mon incision. »

Le palper renseigne sur le second grand signe de la perforation : l'**état de la paroi abdominale**, qui, comme à la suite de toute rupture viscérale, devient contracturée, tendue. Le ventre est « dur et plat », dit Dieulafoy ; c'est le ventre « en bois ». Ce fait m'avait

particulièrement frappé, lorsque j'examinais mon malade (obs. III) : il m'était absolument impossible de déprimer son ventre ; je sentais sous ma main ses muscles tendus, extrêmement durs, rendant impraticable la palpation profonde , et ce, en quelque position que prît mon malade, aussi bien assis que couché.

Cette contracture s'étend soit à tout l'abdomen, soit seulement au côté droit.

C'est en partie à cet état de contracture abdominale que le malade doit son mode de respiration. Mais son effet le plus efficace est certainement le rôle d'attelle qu'en quelque sorte elle joue. Elle limite les dégâts,en réduisant au minimum la cavité abdominale,et en s'opposant ainsi à la diffusion des liquides issus par la perforation. Et son action se fait sentir jusqu'à ce qu'elle-même soit vaincue soit par l'opium (drogue qu'en ce cas il ne faut jamais donner, Mitchell), soit par le processus péritonitique.

La percussion ne nous apprend que peu de choses. Au début, elle est difficile, étant donnés l'état du malade et l'état de dureté et de rétraction de son ventre. Elle nous montre peu de modifications de la sonorité normale. On a surtout insisté sur les variations que subit la matité hépatique. Gibbon et Stewart font, au début, de sa diminution associée à la rigidité et à la rétraction du ventre en bateau un signe très important de perforation. En réalité, c'est un signe difficile à voir, très fugace, sur lequel on ne peut guère compter. Par la suite, à la période de péritonite diffuse,

cette diminution de la sonorité perd sa valeur, au point de vue du moins du diagnostic de la perforation duodénale ; elle n'est plus qu'un signe de péritonite.

Les **vomissements** ne sont pas constants. Ils manquent souvent, du moins à la phase qui suit la perforation. On conçoit cependant qu'un vomissement puisse se produire au début, si l'estomac contient des aliments. Pour Pauchet, ils se montrent dans 25 0/0 des cas ; et pour Elsworth Eliot, les vomissements s'observent plus communément dans les cas de perforation duodénale, où l'estomac est intact, que dans les cas de perforation gastrique, où l'estomac a parfois plus de tendance et de facilité à se vider à travers la perforation qu'à l'extérieur par l'œsophage. De fait, ils doivent être subordonnés à l'état nerveux du malade et à son mode de réaction en présence des signes de la perforation. Dans plusieurs observations, ils sont ainsi relatés dès le début des accidents.

Au contraire, ils seront plus constants, presque de règle, en même temps que se développeront les signes d'infection péritonéale grave.

Les modifications du **pouls** sont variables avec les observations. Tantôt, on le voit conserver ses caractères d'amplitude ; sa fréquence seule est augmentée : il bat à 80, 90, reste quelque temps au-dessous de 100 : signe trompeur, dont le médecin doit être averti, et qui, en aucun cas, ne doit faire différer l'intervention. Tantôt, il est petit, filant, ainsi que le voit Dieulafoy ; mais alors, nous avons affaire généralement à un malade

en état de shock. Plus tard, lorsque la péritonite se diffuse, le pouls se modifie ; il s'accélère et devient imperceptible.

De même que le pouls, la **température** est variable suivant les cas. Elle est soit normale au début des accidents;ou bien elle est plus basse, ou,au contraire, plus élevée que normalement ; mais, en ce cas, elle dépasse rarement 38°. C'est un signe sur lequel, dans les toutes premières heures, on ne peut se fier. Par la suite, elle se modifiera.

L'aspect extérieur du malade est celui d'une personne en proie aux plus vives douleurs. Il est anxieux, parfois agité, souvent comme figé, atterré ; sa face est pâle ; ses traits sont tirés, les yeux fixes et brillants, le visage couvert de sueurs, les joues creusées. La respiration est rapide et superficielle, courte ; chaque expiration marquée par un faible gémissement.

Eliot insiste particulièrement sur le mode respiratoire et considère comme très importante la prédominance de la respiration thoracique sur la respiration abdominale. De fait, ce mode se comprend : le malade évitant tout effort respiratoire qui aurait pour effet d'amener une nouvelle crise douloureuse : cela lui est facile par suite de la contracture réflexe de la paroi abdominale.

La parole est brève ; le malade évite de parler, de même qu'il évite tout mouvement et tout effort. Souvent, il est pris de hoquet douloureux. Enfin, généra-

lement, à cette période de début, le collapsus n'est pas imminent.

Rapidement, tous ces symptômes vont évoluer, si le malade n'est pas opéré d'urgence. La douleur, dont le caractère d'acuité a particulièrement fixé l'attention, se calme peu à peu. Elle reste étendue à tout le ventre ; mais le côté droit reste plus sensible, la fosse iliaque droite surtout au niveau de laquelle le ventre paraît plus tendu et plus résistant. C'est qu'en effet vers ce point, suivant le côlon, s'acheminent les liquides épanchés, ainsi que l'a bien démontré Maynard Smith. C'est pourquoi la fosse iliaque droite, le bassin ensuite ne tardent pas à prendre tant d'importance dans l'évolution des accidents.

Le ventre, qui était plat et dur, au moment de la perforation, se météorise bientôt. Dans une observation de Dieulafoy, le météorisme apparut dès le début du deuxième jour.

Souvent même, il est plus précoce : ainsi, dans l'observation II, la dureté du ventre put passer inaperçue, et dès le lendemain matin, moins de 20 heures après le début des accidents, le ventre était météorisé, symptôme qui, s'accompagnant de rétention des matières et des urines, faisait déjà craindre l'inutilité du traitement.

En même temps évoluent les signes de l'infection péritonéale. Ce sont des vomissements verdâtres, porracés. Les matières et les gaz ne passent plus ; il y a rétention d'urine.

La température s'élève légèrement, en même temps

que le pouls passe de 80 à 100, 120 et 130 pulsations ; il est petit, imperceptible bientôt.

Le facies se modifie : les traits sont tirés, le teint terreux, les yeux excavés. La respiration est courte, plus courte même qu'au début, du fait de la distension abdominale.

Le nez et les extrémités se refroidissent, se cyanosent ; et la mort survient de 2 à 5 jours environ après le début des accidents.

Telle est l'évolution des symptômes dans la plupart des cas de perforation aiguë où le mal est abandonné à lui-même. Souvent la morphine les modifie quelque peu, au début du moins : elle calme la douleur, réduit la contracture de la paroi abdominale, « contracture providentielle », qui limite les dégâts. Elle donne, en somme, un soulagement trompeur, qui illusionne et le médecin et l'entourage du malade, et est des plus préjudiciables à celui-ci.

Sans entrer dans l'étude et la discussion des cas de perforation subaiguë et chronique de l'ulcère du duodénum, je rappellerai que l'évolution de cette terrible complication ne se fait pas toujours ainsi. Témoin ce cas que j'ai observé en 1910.

Observation III.

D..., 62 ans, cultivateur à Durtal (Maine-et-Loire).

Rien dans ses antécédents, avant ces 2 ou 3 derniers mois. A ce moment, apparaissent des troubles digestifs, qui se sont accentués durant les 10 ou 15 derniers jours, et pour lesquels

il a alors consulté. Il se plaint de digestions difficiles, de sensations de pesanteur et de plénitude après les repas ; douleur ; constipation ; amaigrissement ; perte légère des forces. On a parlé d'hyperchlorhydrie et institué un traitement.

Le 30 août 1910, vers 10 heures du soir, — le malade venait de se coucher, — début par douleur subite, atroce, au-dessus de l'ombilic, vers la partie droite de l'épigastre.

Appelé vers onze heures du soir (je remplaçais alors le Dr Poirier, de Durtal), je trouve mon malade assis sur le bord de son lit, les jambes pendantes. Il se plaint de douleurs effroyables ; il est courbé sur lui-même, ses coudes appuyant fortement sur son ventre ; il évite tout mouvement. Son visage exprime à la fois la douleur et l'angoisse ; ses traits sont tirés. Il refuse de s'étendre sur son lit, tant il craint dans un mouvement de réveiller sa douleur.

A l'examen, le ventre apparaît extrêmement dur, contracturé — comme jamais je ne l'avais vu. — Il m'est impossible de déprimer la paroi pour palper en profondeur ; d'ailleurs, le palper, même superficiel, est douloureux, surtout autour de l'ombilic et dans la partie droite de l'épigastre. Le pouls est à 90, régulier, bien frappé.

Température normale.

Je pense à occlusion intestinale, fais une piqûre de morphine, et prescris des applications chaudes sur le ventre.

Le 31, au matin, je revois le malade. Il me dit souffrir un peu moins. Le ventre me paraît un peu moins tendu que la veille, sauf à droite. La douleur tend à se localiser de ce côté, sous le rebord costal. Nausées. Ni gaz, ni selles. Toucher rectal : rectum plein de matières extrêmement dures. Température = 37°5. Pouls = 90.

Le soir, à 5 heures, je revois le malade avec M. le Dr Bordas, de Bazouges.

Température 38°5. Pouls 106. L'état me semble sensiblement le même que le matin. Malade prostré ; teint terreux ; les traits sont plus tirés.

Température 38°5. Pouls 112.

M. Bordas pense à occlusion intestinale et fait une piqûre de morphine.

M. Tesson, d'Angers, voit le malade, ce même soir, à onze heures.

Il pense également à occlusion intestinale, d'origine stercorale peut-être, et prescrit 30 gr. d'huile de ricin et un lavement huileux.

Le 1er septembre, je revois le malade avec M. Bordas. La nuit a été plus calme. Température : 37,9. Pouls : 106, bien frappé. Malade toujours abattu. Moral déplorable. Il souffre moins cependant. Un vomissement liquide dans la nuit. A rendu quelques gaz, pas de selle. Le ventre est météorisé, douloureux spontanément et à la pression surtout, à 3 travers de doigts à droite et au-dessus de l'ombilic. A ce niveau, le palper permet de sentir de l'empâtement dans la région sous-hépatique, empâtement non délimitable encore, mais qui deviendra net surtout les jours suivants.

Lavement huileux le soir, qui, dans la nuit, amène une selle noire copieuse.

Le soir même, je quittai Durtal et ne revis plus le malade que le jour de l'opération.

Le 6 septembre, le malade était amené à Angers, à la clinique de M. Tesson, où il était opéré le lendemain. Il présente alors une masse très douloureuse, du volume du poing, sous le rebord costal droit. Il est très affaibli, très amaigri.

Opération, le 7. Anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane susombilicale.

A droite, la région duodéno-pylorique est masquée par un bloc d'adhérences, qui l'unissent à la face inférieure du foie. Ces adhérences, présentant un caractère d'inflammation aiguë, sont prudemment respectées ; et on se contente, en réclinant fortement la lèvre gauche de l'incision pariétale, de faire une gastrojéjunostomie postérieure suivant le procédé de von Hacker, à une certaine distance du pylore immobilisé.

Le fonctionnement de l'anastomose s'établit normalement ; mais, une dizaine de jours après l'opération, on vit s'accuser

une voussure de la partie droite de l'épigastre, et bientôt s'ouvrir une collection séro-purulente dans l'incision opératoire, sans participation inflammatoire de la paroi.

L'écoulement qui suivit se réduisit bientôt à un liquide clair, d'odeur aigrelette, paraissant provenir de l'estomac, mais où ne parurent jamais ni débris alimentaires, ni bile. Cette fistule dura ainsi plusieurs mois.

Bien que le diagnostic exact ne pût être fait d'une façon certaine, et que le diagnostic le plus probable qu'on pût faire de perforation subaiguë de la région pylorique s'écarte quelque peu du sujet de ma thèse, j'ai rappelé cette observation : les symptômes du début furent d'une netteté et d'une intensité qui me frappèrent ; c'est pourquoi je les ai cités dans le cours de ce travail.

CHAPITRE III

Diagnostic.

Le diagnostic de la perforation de l'ulcère du duodénum est difficile ; pour s'en convaincre, il suffira de relire les nombreuses observations parues. Le plus souvent, en présence de ces symptômes abdominaux graves, on hésite entre les diagnostics de perforation viscérale, d'appendicite, d'occlusion aiguë, de colique hépatique, de pancréatite aiguë... On s'est parfois égaré plus loin ; et on a parlé de coliques de plomb, d'empoisonnement, de hernie étranglée, de péricardite ; et cependant ces erreurs grossières, semble-t-il, furent faites souvent par des médecins très éclairés.

De tous ces diagnostics, celui que, de nos jours, le médecin formule le plus facilement, en présence de cas semblables, est celui d'appendicite. Il y a quelques années, à l'époque où cette affection était moins connue, on parlait plus volontiers d'occlusion intestinale, se basant sur la douleur, sur les vomissements qui ne tardent pas à apparaître, sur l'arrêt des matières et des gaz. Houzé, dans sa thèse, donne 15 observations : 6 fois on parla d'occlusion ; 6 fois, d'appendicite ; une seule fois, le diagnostic fut fait exact, reposant sur les antécédents gastro-intestinaux du malade et la localisa-

tion à droite de l'épigastre du maximum de la douleur. Sur 23 cas de rupture duodénale, cités par Darras dans sa thèse, le diagnostic d'occlusion était porté 9 fois, celui d'appendicite, 6 fois.

Aujourd'hui, on connaît mieux l'appendicite et les divers modes de l'infection péritonéale ; on sait combien cette affection est fréquente ; il est donc compréhensible qu'en présence de symptômes quelque peu identiques le médecin aborde ce diagnostic.

Moynihan, et avec lui les auteurs qui ont une connaissance parfaite de l'ulcère du duodénum et de ses complications, a reconnu cette erreur de diagnostic dans un grand nombre de cas : sur 49 cas d'ulcère du duodénum, dit-il, on avait fait 19 fois le diagnostic d'appendicite.

Tuffier, Codmann reconnaissent la même erreur ; et Hartmann, commentant le cas opéré par Lecène (obs. IX), reconnaît que l'erreur est presque impossible à éviter. De même Pauchet.

Ce qu'il importe surtout de savoir, c'est que la perforation de l'ulcère du duodénum sera d'autant plus facilement reconnaissable que le malade sera vu plus près du début des accidents. Plus tard, ces gros signes de perforation, sont masqués par ceux de la péritonite, qui évolue avec une effrayante rapidité.

Au point de vue du diagnostic, on peut diviser en trois périodes l'évolution de ces symptômes. On peut être appelé à voir le malade tout à fait au début, alors que viennent d'éclater les accidents;

Ou bien, plus tard, lorsque, cette phase passée, et elle est courte, les symptômes se localisent à la fosse iliaque ;

Ou bien, à la période terminale, lorsque la péritonite a envahi tout l'abdomen, entraînant avec elle des signes d'intoxication grave.

A la première période, quatre signes, très importants à bien connaître, dominent toute la scène : ce sont : les commémoratifs, la douleur, la sensibilité à la pression et la rigidité de la paroi.

J'ai dit combien étaient importants les commémoratifs, et comment ils peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic resté hésitant.

La douleur, atroce, atteignant d'emblée ce caractère d'atrocité, était, pour Dieulafoy, un signe pathognomonique ; sur l'étude de ce seul symptôme presque, il basait son diagnostic.

La rigidité de la paroi est un signe commun aux ruptures viscérales ; aucun autre accident ne peut la produire d'une façon aussi vive, aussi constante, aussi inlassable. Mais, dans aucune autre maladie, elle ne serait aussi absolue que dans l'ulcère du duodénum. Lecène dit qu'en présence de ce symptôme il n'a jamais hésité à opérer, et toujours ce signe l'a amené à découvrir une lésion grave d'un viscère, nécessitant le seul traitement chirurgical.

La sensibilité à la pression demande, ai-je dit, à être recherché avec le plus grand soin et la plus grande douceur ; et cela se comprend, si l'on se rappelle les

points hypersensibles des autres affections abdominales.

Ce sont là les signes du début, nous les retrouvons dans nombre d'autres affections, avec plus ou moins de netteté.

Dans la **perforation de l'ulcère gastrique**, le médecin pensera à cette affection en même temps qu'il pensera à l'ulcère du duodénum. Dans les deux cas, le malade se présente avec la même histoire, les mêmes symptômes : début brusque, par douleur atroce, « en coup de poignard » (ce grand symptôme des perforations de l'ulcère duodénal et de l'ulcère gastrique, dit Dieulafoy); douleur sise à la partie supérieure de l'abdomen ; à l'épigastre (parfois à droite de la ligne médiane dans quelques observations d'ulcère de l'estomac) ; ventre dur, rétracté ; pas de vomissements, surtout à la période de début ; peu de modifications du pouls et de la température. Il semble donc difficile de différencier ces deux accidents. Pauchet, dans son rapport, le fait, en invoquant d'abord les commémoratifs : ils diffèrent suivant qu'ils appartiennent à l'un ou l'autre cas : douleur apparaissant sitôt le repas ou peu après dans l'ulcère gastrique ; de 1 à 3 heures après, dans l'ulcère du duodénum ; douleurs calmées par l'absorption d'aliments dans celui-ci, exaspérées au contraire dans celui-là.

Le siège de la douleur varie : il est sur la ligne médiane, haut placé, dans l'ulcère de l'estomac ; dans

l'ulcère du duodénum, un palper attentif révèle de la sensibilité à droite de la même ligne, le plus souvent avec irradiations vers le rebord costal droit, le thorax, et le dos du côté correspondant. Dans l'ulcère gastrique, les irradiations douloureuses se font généralement vers le rebord costal, ou vers le côté gauche du thorax, parfois même vers le bras. Dans les deux cas, des hémorragies peuvent s'être produites au cours de l'évolution : mais alors, l'hématémèse est la règle, elle prédomine dans l'ulcère gastrique ; et, dans les deux cas, on peut observer du melœna. Les troubles digestifs sont intenses dans l'ulcère gastrique, alors qu'ils demeurent peu intenses, flous, dans l'ulcère du duodénum et qu'ils n'empêchent pas le malade d'avoir souvent le plus bel appétit. Il ne faut pas méconnaître l'influence du sexe : les statistiques nous montrent combien l'ulcère duodénal est plus fréquent chez l'homme, 1 pour 4, alors que l'ulcère gastrique est beaucoup plus fréquent chez la femme. Enfin, la sensibilité à la pression, dans les deux cas, n'affecterait pas le même siège, ainsi que le dit Alexander Miles.

Le diagnostic avec **l'appendicite** est également des plus délicats. Toutefois, à cette période de début, il peut être fait. Dans les deux cas, le premier signe est la douleur aiguë, très violente, partant du côté droit, et envahissant tout l'abdomen. Mais, en y regardant de près, comme le conseille Dieulafoy, on s'aperçoit que cette douleur ne s'est pas installée de la même façon. Dans l'ulcère du duodénum, elle est survenue brusque-

ment, atteignant d'emblée son summum ; tandis que, dans l'appendicite, elle est allée en augmentant progressivement. « Interrogez vos malades avec soin, dit Dieulafoy ; tâchez d'obtenir d'eux, non pas des réponses vagues, mais une réponse précise, et vous pourrez vous convaincre que ce n'est qu'après une heure que les douleurs atteignent toute leur intensité. » Si on a la chance de voir le malade très près du début des accidents, des signes tels que la contracture des muscles de la partie supérieure droite de l'abdomen, la sensibilité très grande à la pression à ce niveau prêcheront en faveur de l'ulcère du duodénum. A ce moment en effet le siège de la douleur est différent dans les deux cas. Dieulafoy attachait une grosse importance à ce signe : « La douleur de la perforation duodénale est susombilicale et éclate à la région gastro-hépatique, tandis que la douleur de l'appendice a son siège de prédilection dans la fosse iliaque droite, au point de Mac Burney. C'est là qu'existe, spontanément ou à la pression, le maximum de la douleur appendiculaire ; c'est à cette région que se localisent l'hyperesthésie cutanée et la défense musculaire, qui sont des éléments précieux de diagnostic. » Toutefois, ne pas oublier que les choses peuvent échapper à cette règle, et se rappeler les nombreuses situations anormales de l'appendice, avec lesquelles varie forcément le siège de la douleur. En même temps, existe la rigidité des muscles de la paroi ; elle est à son maximum, parfaitement nette, dans l'ulcère du duodénum ; et, bien qu'également nette dans l'ap-

pendicite, elle n'est pas comparable comme intensité. Dans le premier cas, cette rigidité s'étend à tout le ventre, plus particulièrement à tout le côté droit, alors que, dans le second, elle est toujours moins étendue.

Tels sont les signes du début, qui bientôt vont perdre de leur netteté; et, pour peu que le médecin tarde à voir le malade, le point de départ de la réaction péritonéale qui commence sera plus difficile à saisir.

La **pancréatite aiguë**, « le drame pancréatique », comme dit Dieulafoy, peut aussi, grâce à la brusquerie et à l'intensité de ses symptômes, être confondue avec la rupture d'un ulcère du duodénum. La douleur éclate brusquement, intense, avec angoisse et tendance au collapsus (qui est rare dans la rupture duodénale), localisée à l'épigastre; là, siègent la défense musculaire et l'hyperesthésie; et ce sont ces symptômes qui peuvent le plus prêter à confusion. Dans les observations de pancréatite aiguë, que cite Dieulafoy, il n'est pas question de contracture. Dès le début, coïncidant avec le collapsus, le pouls est franchement mauvais; il apparaît rapide, faible et sans tension. Holsted fait remarquer une certaine lividité et de la cyanose des téguments marqués surtout au visage, et Dieulafoy attire l'attention sur les antécédents hépatiques du malade : s'enquérir s'il n'a jamais rien eu du côté du foie, et chercher les signes de lithiase, cause fréquente de pancréatite. Savoir, enfin, que cette affection survient plus fréquemment chez les obèses et chez les femmes enceintes.

Dans les deux cas la conduite à tenir sera la même : l'intervention.

La **rupture des voies biliaires** a, dans les premières heures, les mêmes symptômes que la rupture duodénale. Mais, rarement, elle se passe en dehors d'une histoire lithiasique antérieure. On recherchera donc dans les antécédents du malade s'il y a eu colique hépatique ou ictère. La sensibilité à la pression est ici plus localisée — et l'état du malade semble moins désespéré que dans le cas de perforation duodénale.

La **colique hépatique** se présente parfois avec des symptômes un peu identiques : c'est une douleur subite, à la partie supérieure droite de l'abdomen, qui s'irradie vers des points différents : vers le creux épigastrique, vers l'ombilic, l'hypocondre droit, l'épaule droite et l'extrémité inférieure de l'omoplate du même côté. Mais cette douleur n'atteint pas, comme dans la perforation duodénale, son maximum d'emblée ; elle est accompagnée de vomissements, d'une sensation de vertiges, de défaillance. On note souvent de grands accès de fièvre, à 39-40°. Dans les antécédents, on peut retrouver des accès antérieurs, qui furent suivis d'ictère. Enfin, l'évolution est toute différente : le malade n'a jamais présenté le facies décomposé que donne la perforation viscérale ; son état est loin de paraître aussi désespéré ; et, de fait, l'affaire est jugée au bout de peu de temps, lorsqu'apparaissent les signes de l'ictère.

Dans la **colique néphrétique**, la douleur est située plus bas, caractérisée surtout par ses irradia-

tions basses : vers les cuisses, les bourses, la vulve. Les mictions sont fréquentes, avec violent ténesme vésical, et souvent hématuries.

Je citerai encore la **colique saturnine**, à laquelle on peut être amené à penser, et avec laquelle il y eut déjà confusion ; et chez la femme, la **grossesse ectopique** et certaines **pelvi-péritonites** d'origine utéroannexielle à gonocoques, dont le début se fait souvent par poussée aiguë. Ne jamais négliger de faire le toucher chez les femmes présentant une réaction péritonéale, qui pourrait en imposer pour une appendicite ou une perforation gastro-duodénale.

Au temps où l'appendicite était moins bien connue, on parla souvent d'**occlusion intestinale**, alors qu'on avait affaire à un ulcère rompu. De fait, les symptômes se ressemblent en beaucoup de points. La douleur est également brusque, brutale, extrêmement vive (colique de miserere). On recherchera avec soin son siège : la constatation à la pression d'une sensibilité, toujours en même place, permet souvent de diagnostiquer le siège de l'obstacle, surtout si c'est en ce point qu'a débuté la douleur. Et ce siège varie avec les diverses causes d'occlusion. Dans cette affection, les vomissements sont généralement plus précoces, plus abondants ; ils sont successivement alimentaires, bilieux et fécaloïdes. On note une constipation opiniâtre, et un météorisme net, plus rapide qu'à la suite d'un ulcère rompu. Le ventre affecte une forme caractéristique, variable suivant le point sténosé. Sur la peau sont dessinées les anses

intestinales, et on voit ces replis se mouvoir, en même temps que le malade accuse une colique plus violente.

Les **péritonites aiguës**, dont parfois le début est brusque, peuvent également prêter à confusion, soit la péritonite à pneumocoques, soit la péritonite primitive à streptocoques.

Enfin, les cas ne sont pas rares où de savants médecins ont confondu une **affection thoracique** avec la rupture d'un ulcère du duodénum, ou avec toute autre affection de l'abdomen susceptible d'amener une perforation ; et dans de nombreux cas, l'intervention fut entreprise.

Dans les cas de pneumonie, de pleurésie diaphragmatique, ou même de bronchite aiguë, le début, en effet, peut être soudain ; la douleur peut être perçue à l'abdomen ; et les muscles de la paroi tendus. Pauchet cite à ce sujet les cas de Richardson et de Barnard, et, pour éviter l'erreur, appelle l'attention sur la température, toujours élevée dans le cas d'affection thoracique, sur la dyspnée très grande, et la disproportion entre le pouls et la température. En réalité, conclut Pauchet, l'erreur sera difficile pour le médecin qui se donnera la peine de penser et de réfléchir à ces deux diagnostics.

Tels sont les diagnostics que le praticien aura à discuter à la période qui suit immédiatement la perforation de l'ulcère du duodénum.

Mais, cette phase passée, et elle est courte, tant est

rapide la marche des accidents, insensiblement les symptômes se seront modifiés. La fosse iliaque droite est envahie, puis le bassin ; et pour peu que les signes du début soient restés ignorés, la confusion est presque inévitable : on se croit en présence d'une **appendicite.** De fait, la douleur est sise au même point : c'est sur tout le côté droit de l'abdomen, mais surtout sur la fosse iliaque droite, que le palper éveille de la sensibilité. La rigidité de la paroi, le ventre de bois n'existe plus : il a fait place à un peu de résistance musculaire, sous laquelle on perçoit bientôt distendues les anses intestinales. Enfin, l'état général du malade devient franchement mauvais.

Alors, on pourra se baser sur les commémoratifs ; dans l'appendicite, le plus généralement, on ne relève pas de troubles digestifs antérieurs ; ou bien, ils n'avaient pas le type duodénal : le malade était habituellement constipé ; à la palpation de la fosse iliaque droite, il percevait déjà une légère douleur. Au contraire, des troubles dyspeptiques, des douleurs stomacales, des vomissements, du melœna, bref, l'existence d'un passé gastrique évident seront plus en faveur d'une perforation duodénale ou gastrique. Enfin, souvent la crise d'appendicite aura été déterminée par un purgatif.

A la période terminale de péritonite diffuse, généralisée, le diagnostic sera plus difficile encore. Les signes qui tout à l'heure nous permettaient de penser

à la perforation duodénale n'existent plus. Alors le diagnostic de péritonite est facile ; celui de la cause échappe si les commémoratifs ne sont pas connus : rechercher en ce cas s'il y avait des troubles digestifs antérieurs, étudier le mode de début, la douleur brusque, atroce ; son siège au creux épigastrique, à la partie supérieure droite de l'abdomen. Sans ces gros signes, on ne peut que soupçonner la lésion, et non l'affirmer.

CHAPITRE IV

Pronostic.

La perforation de l'ulcère du duodénum en péritoine libre aboutit presque fatalement à la mort, par péritonite diffuse généralisée. L'évolution est rapide; en certains cas, elle a été pour ainsi dire foudroyante; le plus généralement, le malade est emporté en 4 ou 5 jours, dans les cas où la maladie est abandonnée à elle-même.

Dieulafoy affirme que la perforation de l'ulcère du duodénum est plus redoutable que la perforation stomacale, « car les substances toxi-infectieuses de la digestion passent dans le péritoine sous forme de chyme provenant de l'estomac et sous forme de matières fécales remontant de l'intestin. Le péritoine subit un tel assaut qu'en moins de 20 heures la péritonite est généralisée et le malade peut succomber d'une façon presque foudroyante ».

Ce n'est plus l'opinion admise : on est moins pessimiste ; le rôle du pylore qui s'oppose après la rupture à l'issue des matières alimentaires; ce fait que l'épanchement se produit dans une région anatomiquement

favorable à la protection de la grande cavité péritonéale ; la contracture providentielle des muscles de la paroi sont autant de raisons d'admettre la moindre gravité de la perforation duodénale.

Mais cette question est de peu d'intérêt. La chose essentielle à retenir, c'est que cette affection comporte un pronostic très sévère, pour ne pas dire fatal au cas où n'intervient pas le chirurgien.

Et encore, ce pronostic ne sera-t-il amélioré que si l'intervention est précoce.

Il en est de même pour toutes les péritonites par perforation viscérale : telles les perforations typhiques qui n'ont pas donné de résultat tant qu'on intervint après la 11e heure. Pour les perforations gastriques, duodénales ou appendiculaires, il semble qu'on soit en droit d'espérer un heureux résultat d'une intervention entreprise plus tardivement, jusqu'à la 36e heure après le début des accidents. Malheureusement, ce terme est bien souvent dépassé, et trop de médecins attendent encore, soit que, leur diagnostic reste hésitant, soit que, pensant à une lésion appendiculaire, ils préfèrent avoir recours aux moyens médicaux et attendre le refroidissement de la lésion, « cette triste méthode », comme dit Delagenière.

Quoi qu'il en soit, pour le chirurgien, la règle absolue est l'intervention immédiate. On a vu, en effet, des cas désespérés, dans lesquels celle-ci amena de véritables résurrections. Aussi, dans la mesure du possible, ne pas refuser catégoriquement l'interven-

tion, dont le malade, en bien des cas, ne peut que gagner.

Toutefois, il ne faudrait pas tenir pour absolue cette règle, basée sur l'expérience qu'avant la 36e heure depuis le début des accidents la guérison est assurée par l'intervention : il est en effet des cas particulièrement graves, dans lesquels la mort survint en dépit d'un traitement précoce : tel le cas que je cite (obs. II) d'un malade que M. Monprofit opéra 20 heures environ après la perforation : celle-ci, à l'intervention, fut trouvée énorme comme une pièce de deux francs ; et déjà, lorsqu'on amena le malade, tous les signes d'une infection profonde se lisaient à son examen.

Au 24e Congrès de chirurgie, le Professeur Hartmann a montré que les bienfaits de l'intervention précoce sont établis par toutes les statistiques. Quelques-unes sont particulièrement éloquentes et, prises en masse, elles affirment la règle d'une façon non discutable.

Statistique de Terrier-Hartmann (Chir. de l'estomac).

53 opérations	dans	les	12	premières	heures	donnent	16 morts	= 30 0/0
28	—	—	12 à 24	—	—	—	22 morts	= 58 0/0
29	—	—	24 à 48	—	—	—	22 morts	= 76 0/0

Statistique de Paterson :

Opérations	dans	les	12	premières	heures	.....	= 47 0/0	de morts
—	entre	la	12e	et la	24e	première heure	= 50 0/0	—
—	—		24e	—	48e	—	= 83 0/0	—

Statistique de Robson et de Moynihan :

Avant 12 heures : 28,5 0/0 de morts
Entre 12 et 24 heures : 63,6 0/0 —
— 24 et 36 heures : 87,5 0/0 —
Après 36 heures : 100 0/0 —

Statistique de Petren :

43 opérations dans les 12 premières heures 22 morts = 51 0/0
28 — — 12 à 24 — — 14 — = 53,3 0/0
13 — — 24 à 48 — — 12 — = 96,9 0/0

Statistique de Brunner :

Opération avant 12 heures : 9 guérisons, 2 morts, mortalité 18,2 0/0
Opération entre 12 et 36 heures : 7 guérisons, 14 morts, mortalité, 66,6 0/0.
Opération après 36 heures : 0 guérisons, 62 morts, mortalité 100 0/0.

Tout récemment enfin, Lecène citait sa propre statistique : en 2 ans, il a opéré 5 cas d'ulcère duodénal ou gastrique; et tous ces malades, opérés précocement de 6 à 20 heures après le début des accidents, ont été guéris de leur péritonite.

CHAPITRE V

Traitement.

En présence d'un malade chez lequel on observe une crise, ayant débuté par une douleur abdominale subite, atroce, et marquée par de la contracture réflexe de la paroi, et une zone de sensibilité à la pression de la partie droite, supérieure, de l'abdomen, la conduite toute tracée du médecin comme du chirurgien est de songer de suite à l'intervention. Lecène va plus loin: il opère, se basant sur ce seul signe de contracture, en tous les cas où, en même temps que la douleur, il le voit se produire. Et jamais, dit-il, il n'a eu à se repentir de cette façon de procéder; parce que toujours l'intervention l'a amené sur des lésions nécessitant le seul traitement chirurgical.

Donc, à ce redoutable accident, il n'existe qu'un traitement : l'intervention, qui sera aussi rapide et aussi simple que possible, cherchant à supprimer la cause et à draîner les cavités. Tous les auteurs aujourd'hui sont d'accord sur ce point et rejettent le traitement médical à la morphine et à la glace comme absolument néfaste au malade.

Tous les préparatifs seront donc rapidement menés.

Le champ opératoire sera préparé par désinfection large à la teinture d'iode. Puis, le malade sera anesthésié.

A quel anesthésique doit-on avoir recours ? Au chloroforme ou à l'éther? D'une façon générale, en France, on préfère le chloroforme : pour Hartmann, il est l'anesthésique de choix pour toutes les opérations abdominales ; de même Témoin, de Bourges, au Congrès de Chirurgie de 1911, dit que le chloroforme rend plus facile l'opération : « On pénètre mieux dans la cavité abdominale, grâce à la flaccidité plus grande de la paroi. » Dès lors, la cause de la péritonite est plus facilement accessible, et l'on s'expose moins aux dangers de l'éviscération, graves en la question présente.

D'autres chirurgiens conseillent avant l'intervention de faire une injection de scopolamine-morphine, qui calmerait la douleur et diminuerait la quantité d'anesthésique à donner.

Enfin, si le malade est très bas, il vaut mieux s'abstenir de l'anesthésie générale, et inciser après anesthésie locale à la novocaïne-adrénaline. Pour les manœuvres dans les parties profondes, quelques bouffées de chloroforme suffisent à donner au malade le calme nécessaire.

Si le diagnostic de perforation duodénale ou gastrique a été posé, la plupart des chirurgiens, Delagenière entre autres, conseillent d'inciser sur la ligne médiane sus-ombilicale. Faire cette incision suffisante pour permettre l'exploration des parties profondes de l'abdomen

supérieur. Si elle ne suffit pas, on pourra se donner plus de jour, en sectionnant, par une légère incision transversale, le grand droit du côté droit. Pour suivre le précepte d'inciser sur le siège de la lésion, peut-être pourrait-on recourir à l'incision que Sheild préconise : parallèle à la ligne blanche, et passant à 2 travers de pouce environ en dehors d'elle ; longue de 4 à 5 pouces, et partant du 8e cartilage costal. Mais cette incision ne donne pas le jour suffisant pour une exploration large ; elle a surtout le gros défaut d'être peu respectueuse des nerfs de la paroi.

Lecène, en 1911, fit pour un cas de perforation duodénale l'incision transversale, que Sprengel avait récemment recommandée. Les résultats furent excellents. Lecène put explorer la région gastroduodénale, découvrir la lésion et pratiquer, en toute facilité, une gastro-entérostomie.

Dans une récente séance de la Société de Chirurgie, Gosset a vanté les avantages de cette incision transversale, pour le cas non seulement d'intervention sur les voies biliaires, ce qui faisait le fond de sa communication, mais aussi sur le duodénum. Cette incision, dit-il, doit être faite transversale, à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, entre la deuxième et la troisième intersection aponévrotique du muscle droit. Après section du grand droit du côté droit, suivant cette ligne la cavité abdominale se trouve largement ouverte. Au cas où le jour ne serait pas suffisant, il ne faut pas hésiter à s'agrandir en allant vers le côté

opposé et en entaillant le grand droit de ce côté. Cette incision, qui paraît très mutilante, l'est cependant moins, reconnaît Gosset, que l'incision verticale habituelle : celle-ci ne respecte pas les nerfs et peut être le point de départ d'une éventration ultérieure, surtout s'il y a eu débridement sur le bord interne du muscle droit. Malgré le temps qu'elle demande (et c'est le gros reproche qu'on puisse lui faire), cette incision donc paraît être très recommandable dans le traitement de la perforation des voies digestives supérieures, estomac et duodénum.

Une utile précaution avant d'entreprendre l'incision est de placer au niveau de la pointe des omoplates un billot, qui soulève la région sur laquelle on doit opérer et rend plus accessible le duodénum.

Mais le diagnostic est-il hésitant ? le chirurgien se croit-il en présence d'une lésion appendiculaire ? et le cas est fréquent, il est juste alors d'inciser sur la fosse iliaque droite, et d'aller reconnaître la région appendiculaire. Cette incision sera : soit l'incision habituelle, sur le bord externe du muscle droit : soit l'incision que préconise Delagenière, incision transversale sur la ligne bisiliaque supérieure allant de l'épine iliaque supérieure droite rejoindre le bord externe du muscle droit du même côté. Cette incision rendrait plus accessibles le cæcum et l'appendice, et plus facile le drainage.

Cette incision, par l'exploration qu'elle a permise, montre que l'origine des lésions péritonéales n'est pas

à l'appendice. Souvent, à ce moment déjà et dès l'ouverture de la cavité péritonéale, d'autres raisons, telles que l'issue de liquides verdâtres, non odorants, sur laquelle Mauclaire insiste, et que M. Tesson a remarquées au cours de l'intervention (obs. I), font penser à une lésion siégeant sur la partie supérieure des voies digestives.

Après fermeture de cette première incision, et drainage, s'il y a lieu, il faut alors inciser sur la partie supérieure de l'abdomen. Là on trouve des matières purulentes en plus grande abondance, des adhérences péritonéales plus épaisses, une vascularisation plus nette des parois viscérales ; enfin, la pression sur l'estomac provoque l'issue par la perforation des matières contenues dans l'estomac, qui, mêlées de gaz, s'échappent en gargouillant. Ce simple fait, relaté dans plusieurs observations, a souvent permis au chirurgien d'arriver de suite sur la lésion.

Donc, celle-ci est repairée : c'est maintenant le second temps de l'intervention, la suppression de la cause infectante, par oblitération de la perforation.

Trois procédés peuvent être et ont été employés :

L'excision ;

La suture ;

L'enfouissement.

De l'avis de Pauchet, et de nombreux chirurgiens, l'excision est inutile : elle fait perdre un temps précieux et est préjudiciable à ce titre. Maynard Smith y eut recours 2 fois sur 4 cas guéris ; mais il conclut

qu'on ne peut l'entreprendre qu'à la condition expresse qu'elle ne fera pas perdre trop de temps.

La suture simple se fait dans de mauvaises conditions, en tissu friable, qui déchire sous le fil ; elle n'est possible qu'en cas de perforation petite à bords souples.

Elle doit faire suite à l'excision et, à vrai dire, ainsi comprise, elle serait le procédé de choix, celui que préconise Lecène, toutes les fois qu'il est possible. Mais, dans ces cas de rupture, l'intervention a un caractère de grande urgence, elle doit être rapidement menée ; aussi doit-on se refuser à entreprendre ces procédés complexes. L'excision n'est dès lors possible qu'en cas d'intervention précoce, lorsque la perforation est petite, siégeant en un point facilement accessible sur la partie antérieure du duodénum, s'il n existe pas d'adhérences. Elle sera suivie d'une duodénoplastie, suivant le procédé de Dowden, par exemple, qui conseille l'excision parallèle à l'axe de l'intestin et la suture suivant la perpendiculaire à cet axe.

L'enfouissement est, pour Pauchet, le procédé de choix. Un fil en U, simple, au catgut, monté sur aiguille courbe, est passé un peu en dehors, au delà de la perforation. Par-dessus ce premier point, appliquer deux rangs de sutures par points séparés, prenant uniquement les tuniques saines de l'intestin. Le second rang peut être un surjet. La suture sera toujours perpendiculaire à l'axe de l'intestin, de façon à ne pas réduire sa lumière, rétrécissement qui ren-

drait indispensable la gastroentérostomie immédiate. Par-dessus la suture, il est bon d'appliquer une lame d'épiploon et de la fixer par 2 ou 3 points séparés.

D'autres chirurgiens préfèrent passer les fils en cordon de bourse autour du point malade.

Quelques autres procédés d'oblitération ont été décrits: ce sont généralement des procédés de fortune, qui ont été employés devant l'impossibilité d'utiliser un de ceux ci-dessus décrits. On a amené et suturé l'épiploon au devant de la perte de substance (Braun). Bennet et Dolgren l'ont, à la manière d'un bouchon, enfoncé dans la perforation, et suturé à son pourtour; on risque en ce cas un rétrécissement de la lumière du conduit intestinal. En certains cas, l'oblitération peut être obtenue au moyen des organes voisins. Parfois, devant l'obligation d'aller vite, l'impossibilité de trouver la lésion, l'étendue de celle-ci, le chirurgien s'est contenté d'isoler la grande cavité péritonéale et de conduire au dehors les liquides épanchés.

D'autres (Sieur) ont dû suturer la perforation à la surface cutanée.

Enfin, certains chirurgiens, en désespoir de cause, soit qu'ils ne pussent obtenir le rapprochement des lèvres de la plaie, soit que l'état du malade ne leur permît pas de manœuvres plus minutieuses et plus longues, ont fermé l'ulcère par simple tamponnement, après isolement le plus complet possible des autres parties. Ainsi le fit M. Monprofit, dans l'obs. II : le malade était très fatigué, l'opération durait depuis très long-

temps, prolongée qu'elle avait été par la recherche de l'appendice ; enfin, la perforation était énorme, puisqu'à l'autopsie on la trouva large comme une pièce de 2 francs. C'est un procédé auquel on ne doit recourir que dans les cas désespérés ; toutefois, il permit d'obtenir la guérison d'un malade de Lennander.

A ce moment de l'opération, Moynihan, Mayo Robson, les frères Mayo recommandent le lavage de l'estomac, dans le but de débarrasser celui-ci des aliments et des liquides qu'il peut encore contenir et dont le passage à travers le duodénum serait une cause d'irritation. L'anesthésiste, disent-ils, se chargera de cette opération, en même temps que l'opérateur songera à la toilette du péritoine.

Celle-ci sera d'autant plus soignée et plus complète qu'on sera plus éloigné du début des accidents et que le liquide épanché contiendra plus de corps étrangers, d'aliments. Sinon, le liquide est à peu près stérile, et il suffira d'éponger, d'une main légère, avec des compresses imbibées d'eau salée chaude. Ce nettoyage rapide portera surtout sur l'étage susmésocolique.

Faut-il laver ? Sur ce point, les avis sont très partagés. Mayo Robson se déclare très partisan du lavage, à condition de son application judicieuse : malade en position demi-assise, le liquide ressortant par un drain pelvien, entraînant les produits septiques. Murphy prétend obtenir mieux en s'en passant.

Pauchet, dans son rapport, distingue : il ne veut pas du lavage, si la perforation est récente et si le péritoine

n'est pas souillé de corps étrangers provenant de l'estomac. Il le fait, au contraire, si la péritonite est étendue avec nombreux débris, entre les replis intestinaux; si même le péritoine a mauvaise figure d'une façon générale. Lavage au sérum à 37 à 40°, avec une canule de caoutchouc, et après incision suspubienne, en tous les points où peuvent se faire des dépôts de matières purulentes.

Hartmann, au 24e congrès de Chirurgie, rappelle la pratique de nombreux chirurgiens partisans du lavage (Lucas - Championnière, Jalaguier, Michaux... en France); les antiseptiques employés, auxquels on préfère généralement l'eau salée; la pratique des chirurgiens allemands qui ont poussé à l'extrême le lavage, jusqu'à l'éviscération totale, afin de mieux absterger, d'éponger à la compresse le pus entre les replis intestinaux, autant de traumatismes dont se trouve très mal le péritoine déjà lésé. Hartmann conclut de même que Pauchet, pratiquant le lavage, seulement au cas où le liquide contient des corps étrangers, et rejetant l'éviscération, que récemment encore Eliot proscrivait sévèrement.

Témoin rappelle ce que dit Lejars au sujet du lavage : « Il dissémine les germes pathogènes, les entraîne vers des régions moins infectées... » Il n'approuve pas la technique de Moskovitz et de Lerat, qui explorent méthodiquement les diverses régions de l'abdomen, et s'en tient au nettoyage à sec de la région primitivement infectée : là se tiennent en effet les germes les

plus virulents, et, à mesure qu'on s'en éloigne, les toxines sont de moins en moins nocives.

Telles sont à ce sujet les tendances actuelles, que les faits semblent approuver.

Ceci fait, il faut drainer, et drainer en bonne place. On a abandonné le drainage au moyen de compresses de gaze ; il ne faut réserver le tamponnement à la gaze qu'au cas où la fermeture a été mauvaise, ou n'a pu être réalisée; au contact d'une suture intestinale correcte, un tel tampon serait le moyen d'en empêcher la réussite et d'obtenir une fistule.

Le meilleur drain sera le simple tube de caoutchouc (contenant une mèche de gaze, qui n'en remplit pas complètement la lumière, Eliot). Grâce à la pression intraabdominale, qui chasse vers la lumière du tube les liquides épanchés entre les anses intestinales, il est de grande efficacité. L'essentiel est de le placer aux points déclives, où il sera utile. Dès lors, la cause infectante étant supprimée, le pouvoir propre de défense du péritoine aidera mieux à la guérison.

Aujourd'hui, on a abandonné les drainages multiples tels que les voulait Lerat dans sa thèse, et même, certains chirurgiens, se basant sur la propriété défensive du péritoine, l'ont supprimé, laissant parfois enfermés dans l'abdomen des produits septiques, après que fut supprimée la cause infectante. Cette façon d'agir ne doit être suivie qu'au cas où, à l'exemple de Korte, l'intervention est faite de façon très précoce : l'infection n'a pas eu le temps de se propager au loin : soit, dit

Eliot, dans les 6 ou 7 heures qui suivent l'accident. Mais l'intervention a-t-elle été faite plus tardivement, la péritonite était-elle en train de se diffuser? le mieux est de drainer aux points où se collectent les liquides, dans la fosse iliaque et le bassin, et, s'il y a lieu, au voisinage de la lésion. C'est la technique recommandée par Lecène, qui réduit le drainage au minimum. Dans les cinq cas de perforation gastro-duodénale opérés par lui depuis deux ans, il eut lieu de se féliciter de l'emploi d'un seul drain, plongeant dans le Douglas, et ressortant par une controuverture suspubienne, ou par l'incision faite sur la fosse iliaque.

Doit-on faire la gastroentérostomie immédiate? Cette question est très discutée.

Exécutée pour la première fois par Braun, elle a été depuis fréquemment pratiquée, surtout en ces dernières années, et compte donc de nombreux partisans.

Korte, un des principaux, qui fait la gastroentérostomie de parti-pris non seulement dans les cas d'ulcère du pylore ou du duodénum, mais encore dans ceux de la petite courbure, a fait cette opération à la suite de neuf perforations d'ulcère duodénal et compte 7 guérisons. C'est, dit-il, une opération tout à fait à recommander.

Mayo Robson, Nœtzel sont du même avis.

Mitchell ne pratique la gastroentérostomie que dans les cas d'intervention précoce.

Ders compte 9 guérisons sur 11 cas et considère cette opération, dont il put compléter chacune de ses inter-

ventions, comme la méthode idéale de guérison de l'ulcère du duodénum.

Moynihan a guéri 7 cas sur 9 opérés.

Kroiss (Insbruck, 1910) trouve dans la littérature 65 cas où la gastroentérostomie fut faite comme opération complémentaire primitive et compte 51 guérisons et 14 morts.

Hartmann, la même année, commentant les deux cas opérés par Lecène, approuve la gastro entérostomie complémentaire : elle permet l'évacuation rapide et complète de l'estomac, le duodénum étant rétréci par suite de l'enfouissement d'une large zone indurée.

Mais l'opinion d'autres chirurgiens est différente.

Englisch, d'après son expérience, portant sur 50 cas, considère l'opération comme inutile.

Peck a eu 5 guérisons sur 8 cas opérés sans gastroentérostomie consécutive.

French, dans 30 cas, n'a jamais fait la gastroentérostomie; sur 18 cas suivis, il en vit 15 parfaitement guéris.

Von Eiselberg est l'adversaire de l'excision et de la gastroentérostomie, et, dans les cas où celle-ci est indiquée, il préfère la jéjunostomie.

En cette question, il faut, à la suite de Mitchell, être éclectique. Dans son rapport, Pauchet dit : « Tout dépend de l'état du malade et de l'état local du péritoine. Si le malade est déprimé, si le péritoine est déjà infecté, il faut aller au plus pressé : suturer, laver, drainer ; plus les manœuvres sont courtes, plus

les chances de succès sont grandes. Si, après la suture simple de la rupture, des accidents de sténose cicatricielle se produisaient quelques semaines plus tard, une gastroentérostomie secondaire pourrait être sans danger, et il rappelle que, sur 11 cas d'ulcère du duodénum perforant, Moynihan fit 6 fois l'enfouissement simple, 4 fois la gastroentérostomie immédiate, et 1 fois la gastroentérostomie secondaire.

Les partisans de cette opération lui reconnaissent les avantages suivants :

1° De réaliser une dérivation qui met la suture à l'abri du contact du contenu gastrique ;

2° De mettre l'ulcère au repos et par suite dans de meilleures conditions de guérison ;

3o De permettre une alimentation précoce ;

4° De mettre le malade à l'abri des accidents ultérieurs de sténose due à la cicatrisation de l'ulcère.

Ces avantages sont importants, si la dérivation est véritablement effectuée. Mais, à l'expérience, ils semblent être plus théoriques que réels.

S'il n'y a pas, en effet, de rétrécissement au pylore ou au duodénum, il est démontré que la nouvelle bouche ne fonctionne pas ou fonctionne mal. Elle ne sert de rien si les aliments peuvent encore passer par le pylore ; et ils continueront à passer même avec une voie en apparence très sténosée. Eliot l'a bien établi ; il se base sur des expériences entreprises sur des animaux : en excisant un large segment de la circonférence du duodénum et en suturant les lèvres de la brè-

che, il lui a paru impossible de produire un rétrécissement permanent notable de ce segment d'intestin ou une dilatation d'estomac.

Les conclusions sont que les cas où la gastroentérostomie est réellement indiquée sont rares : elle ne s'impose que si la suture a entraîné une stricture du pylore ou du duodénum énorme, capable d'empêcher le passage du contenu gastrique dans l'intestin ; et dans tous les cas où elle était déjà indiquée avant que ne surviennent les signes de la perforation.

Par opposition à ses avantages, on lui a reconnu certains inconvénients : elle prolonge de façon nuisible l'intervention et n'a pas toujours empêché, comme on le prétendait, la persistance et le retour des symptômes d'ulcère, et l'apparition ultérieure de complications, telles que l'ulcère du jéjunum (ainsi qu'on le voit se produire à la suite de gastroentérostomie pour accidents de sténose, sans perforation). L'occlusion simple semble donner, par contre, d'aussi bons résultats que l'occlusion suivie de gastroentérostomie, et, dit Eliot, il est impossible de trouver un cas mortel où la mort puisse être attribuée à l'absence de celle-ci. Enfin, la gastroentérostomie est la dissémination possible de l'infection. Il est évident qu'au cours de l'opération on s'y expose, quels que soient les soins pris et la rapidité opératoire. C'est pourquoi il ne faut entreprendre la gastroentérostomie que si le péritoine est encore peu atteint, en état de se défendre, et le malade résistant.

C'est du moins l'avis de Mayo, de Moynihan, de Petren et de nombre d'autres chirurgiens.

Peut-être en ces cas où la gastroentérostomie est indiquée, et où l'intervention doit être précoce, serait-il indiqué d'avoir recours au bouton de Murphy, ou mieux à celui de Jaboulay ?

C'est pour obvier à certains des inconvénients de la gastroentérostomie que Delagenière, et avec lui Quénu, et récemment Vautrin, préconisaient l'exclusion du duodénum. Mais cette intervention, très logique, lorsqu'on a affaire à un ulcère non compliqué, n'est guère de mise en face d'un ulcère perforé, elle est trop complexe et peut devenir nuisible au malade fatigué, chez lequel l'intervention doit être rapide et simple.

Pour résumer, la décision à prendre variera avec chaque cas. Cependant, les deux indications essentielles de la gastroentérostomie immédiate resteront : l'état de résistance du malade, qu'on ne rencontrera que dans l'intervention précoce, et le rétrécissement marqué de la région pyloroduodénale, que le rétrécissement soit antérieur, aux accidents de rupture, et déjà susceptible de l'intervention, ou bien qu'il soit suite de l'intervention même.

Le traitement consécutif doit s'efforcer :

1° D'assurer l'écoulement au dehors des contenus septiques ;

2° De combattre le collapsus et l'intoxication ;

3° De remédier à la paralysie intestinale.

Dans le but d'assurer l'écoulement des liquides épan-

chés dans la cavité péritonéale,on a recours à diverses positions, qui permettent la collection du pus en des parties déclives, plutôt artificiellement, d'où un drainage soigné se charge de l'évacuer. C'est ainsi que Walther préconisa dans le traitement de l'appendicite la position inclinée ; et Kuster la position ventrale.

Actuellement, la position de Fowler a la faveur : position demi-assise, que supporte bien le malade, et qui permet l'accumulation dans la fosse iliaque et le douglas des liquides qui avaient déjà tendance à s'y collecter.

Le drainage de ces régions sera court : Lecène, cependant, recommande de n'enlever le drain que le quatrième ou le cinquième jour, et de pratiquer durant ce temps l'aspiration des liquides.

Le traitement du collapsus et de l'intoxication sera assuré par le sérum artificiel, soit en injection sous-cutanée ou intraveineuse, si le temps presse ; soit en injection rectale, comme Murphy le recommande. Au sujet de ce dernier procédé, Mitchell dit : « C'est la clef du succès, et un chirurgien n'a pas le droit d'opérer une perforation du duodénum ou d'ailleurs, s'il n'est pas familier avec l'usage des injections salées intrarectales continues. »

Les toni-cardiaques, huile camphrée, caféine, strychnine...,seront utilisés en ce cas et pourront rendre les plus grands services.

Enfin, traiter la paralysie intestinale que déjà les

injections salées s'efforceront de vaincre : lutter contre les vomissements.

C'est en effet le moment où les moyens médicaux sont le plus utile, capables d'assurer la guérison, à condition de leur administration méthodique et raisonnée.

CHAPITRE VI

Observations

Observation IV. — *Dieulafoy*, Manuel de Pathologie interne.

Homme jusqu'alors bien portant. Fonctions digestives irréprochables.

Le samedi 16 janvier 1897, alors qu'il est de garde au poste de police, douleur brusque, atroce, en coup de poignard.

Le Dr Beausse le voit, fait une piqûre de morphine, et fait transporter le malade chez lui, où il l'examine.

Le ventre est rétracté et dur. La palpation est douloureuse (hypocondre droit avec irradiations au creux épigastrique et vers le rachis). Palpation profonde impraticable par suite de la contracture musculaire. Le point de Mac Burney n'est pas particulièrement douloureux. — Le Dr Beausse écarte le diagnostic d'appendicite.

Le dimanche 17, ventre toujours douloureux et rétracté. Malade plus calme. Température au-dessous de 37° 8. Selle assez abondante dans la journée.

Le soir, apparence d'amélioration.

Douleur moins vive. Ventre toujours rétracté.

Le lundi 18, vomissements verdâtres. Yeux s'excavent. Nez pincé. Météorisme. — La situation se montre plus grave.

Transport à l'hôpital, où le malade est vu par Charrier, chef de clinique de Dieulafoy.

Nécessité de l'intervention, qui est pratiquée par Cazin, chef de clinique de Duplay.

On trouve une péritonite intense et généralisée ; du pus dans le bassin ; pas d'appendicite. L'exploration abdominale n'est pas poursuivie à cause de l'état du malade.

Pansement.

Le malade meurt quelques heures plus tard.

Autopsie : Péritonite généralisée. A la face postérieure du duodénum, à 2 centimètres au-dessous du pylore, on voit un ulcère simple perforé à son centre. Vu par sa face intestinale, il a la forme d'un entonnoir, dont la partie évasée a 1 centimètre de diamètre. Les parois de cet entonnoir, déclives, sont formées de deux gradins. Au fond de l'ulcère, une perforation de 1/2 centimètre de diamètre. Les contours circulaires sont indurés, épais, formés de bords arrondis. Vue du côté du péritoine, la perforation semble faite à l'emporte-pièce, en tissu sain.

Le duodénum est normal dans le reste de son étendue.

A la face antérieure de l'estomac, une cicatrice radiée d'un ulcère guéri.

Observation V. — *Dr Guibé*, thèse de Renaudin, 1908.

Homme, 34 ans.

Antécédents vagues : souffre depuis quelque temps de l'estomac ; serait alcoolique.

Le 17 décembre 1904, douleur très vive autour de l'ombilic, se dispersant bientôt dans tout l'abdomen. Arrêt des matières et des gaz. Le malade prend un peu de lait, mais le vomit presque aussitôt.

Examen : Homme vigoureux. Facies péritonéal ; nez pincé et froid. Douleurs violentes dans tout l'abdomen sans maximum net, ni spontanément, ni à la pression. Ventre tendu, mais non de bois, aplati dans la région épigastrique, voussuré et bombant au-dessous de l'ombilic. Palpation très douloureuse, ne donne aucun renseignement. Percussion : matité étendue dans les flancs ; absence de matité hépatique remplacée par du

tympanisme, arrêt des matières et des gaz ; par le sondage, petite quantité d'urine. Sueurs froides généralisées. Pouls = 80, petit et tendu. Température = 37°. Respiration superficielle.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Grande quantité de liquide jaunâtre, puriforme, avec détritus blanchâtres, anses un peu ballonnées et rouges; cependant, péritonite peu avancée, épiploon rigide, turgescent. Cæcum et appendice sains. Appendicectomie.

Incision agrandie en haut. Rien à l'estomac. Sur la première portion du duodénum, un petit orifice taillé comme à l'emporte-pièce par où sort de temps en temps du pus ou du liquide. Avec peine, vu la profondeur et les mauvaises conditions dans lesquelles on opère, on suture par 9 points de Lambert et par-dessus on fixe quelques franges épiploïques.

Abstersion rapide du péritoine à la compresse, 4 drains : un en haut avec deux mèches, un en bas dans le douglas, et un dans chaque fosse iliaque. Fermeture en un plan.

18 décembre, suites opératoires : sérum, caféine, huile camphrée. Température 36°8 ; pouls 120 presque incomptable. Anurie. Pansement traversé. Agitation.

Mort le 19, à 4 heures de l'après-midi.

Observation VI. — *S. Maynard Smith*, Lancet, 31 mars 1906 (*in* thèse de Renaudin).

Homme, 32 ans.

Antécédents : attaques douloureuses dans l'hypocondre droit deux heures après le repas depuis 3 mois.

Début pendant le travail par douleur subite et vomissements. Maximum à l'hypocondre droit.

Lorsqu'il voit le malade : Pouls = 100. Respiration = 28. Température 101,6 Fahrenheit. Etat très grave. Contracture abdominale intense surtout du côté droit. Matité hépatique conservée.

Diagnostic : Perforation d'ulcère duodénal.

Opération 9 heures après le début des accidents.

Laparotomie. Suture. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et dans la région lombaire droite.

Guérison.

Suites opératoires : Ictère intense, 3 jours après l'opération.

Observation VII. — *S. Maynard Smith* (*in* thèse de Renaudin).

Homme, 28 ans.

Antécédents dyspeptiques vagues, depuis quelques mois.

Début par douleur épigastrique subite.

En peu de temps, généralisation de la douleur. Pouls incomptable. Température = 97 Fahrenheit. Très grand affaiblissement. Ventre ballonné, avec contracture intense et générale. Sonorité préhépatique.

Diagnostic probable : perforation d'ulcère du duodénum.

Laparotomie 12 heures après l'apparition de la douleur. Suture. Pas de lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis à l'épigastre et dans la région lombaire droite.

Mort.

Observation VIII.— *S. Maynard Smith*(*in* thèse de Renaudin).

Homme, 26 ans. Pas d'antécédents.

Début en soulevant un lourd fardeau par douleur épigastrique et vomissements.

La douleur est légère ; le pouls bat à 125 ; 35 respirations à la minute. Température = 99 Fahrenheit. Affaiblissement ; un peu de ballonnement. Sensibilité épigastrique. Sonorité préhépatique.

Diagnostic : Perforation d'ulcère.

Laparotomie au bout de 24 heures. Suture. Pas de lavage du péritoine. Drainage épigastrique.

Mort.

Autopsie : Deux autres ulcères non perforés. Pus entre le foie et le diaphragme, et tout autour du rein droit.

Observation IX. — *Maynard Smith* (*in* thèse de Renaudin).

Homme, 31 ans. Antécédents : mauvaises digestions depuis plusieurs années ; douleurs une demi-heure après le repas.

Début par douleur atroce à l'épigastre et entre les épaules, après l'ingestion d'une tasse de thé.

Douleur dans tout le côté droit de l'abdomen. Pouls = 106. Respiration = 24. Température = 100 Fahrenheit. Très grand affaissement. Un peu de ballonnement ; contracture extrême du grand droit à droite. Matité hépatique diminuée.

Diagnostic : Perforation d'ulcère.

Laparotomie au bout de 3 heures et demie. Suture et greffe épiploïque. Lavage du péritoine. Drainage au-dessus du pubis et à l'épigastre.

Guérison.

Observation X. — *Lardennois*, de Reims.

(23e Congrès de Chirurgie, 1910.)

D. L..., cultivateur, 23 ans. Aucun antécédent morbide. Excellente santé jusqu'alors.

Est pris, chez des amis, subitement après déjeuner (excès de table, peut-être ?) d'une douleur horrible, épouvantable, qui le couche à terre.

Le médecin, appelé, diagnostique appendicite. Traitement médical, glace, qui n'apporte aucune amélioration.

Le lendemain, le médecin parle d'opération, à laquelle on ne peut se résoudre sans consulter la famille. Le temps passe ainsi jusqu'au 4e jour, durant lequel le malade est transporté à l'hôpital de Reims.

A ce moment, état désespéré du malade : torpeur ; le malade ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Il est froid, cyanosé, couvert de sueurs.

Température = 36° 6. Pouls incomptable. Ventre rétracté et dur.

L'opération montre : l'abdomen rempli d'un liquide louche,

grumeleux. L'appendice n'offre rien de particulier. Le liquide semble venir de l'étage supérieur. Un ulcère perforé, juxtapylorique, large de 7 millimètres environ.

Malade en collapsus. On tamponne, on draine largement.

Mort dans la nuit, une dizaine d'heures après l'opération.

Observation XI. — *Lardennois,* de Reims.

(23e Congrès de Chirurgie.)

C..., 26 ans, garçon épicier.

N'a jamais été malade. Aucun trouble gastrique antérieur. Bon appétit habituel. Pas de constipation.

Le 8 janvier, après avoir mangé de bonne heure, s'en va à son travail, bien portant.

A 10 heures, en faisant un petit effort, ressent une douleur brusque, très intense, déchirante, à la partie gauche de l'abdomen.

On l'amène à l'hôpital.

A l'examen, douleur atroce. Le malade est très abattu, prostré. Facies altéré. Voix cassée, éteinte. Pouls petit, rapide. Température=39°5. Pas de vomissements. Abdomen légèrement tendu. Défense musculaire. Palpation douloureuse portant surtout dans la fosse iliaque.

On fait le diagnostic d'appendicite.

Traitement : Glace et opium.

Le 9 janvier, température = 37°2 le matin, 36°2 le soir. Pouls faible, très fréquent. Langue sale. Etat général mauvais. Météorisme. Douleur spontanée un peu calmée, mais très vive à la palpation, surtout au niveau de la fosse iliaque. Un peu de diarrhée ; ni nausées, ni vomissements.

Le 10 janvier, température = 36°6. Le pouls augmente de fréquence, filiforme, très rapide. Facies d'infection profonde généralisée. Vomissements sanguinolents, puis verdâtres et porracés.

Le malade est confié au chirurgien, qui pense à l'appendicite.

Opération : incision parallèle à l'arcade crurale. Ouverture du péritoine : issue d'un liquide peu fétide,louche, comme du bouillon sale. On ne sort pas l'appendice. Le doigt sent une masse diffuse, dans la fosse iliaque. Drainage par une mèche de gaze iodoformée.

Sérum artificiel, champagne, glace sur le ventre.

Le 11 janvier, température =36°2. Pouls = 130. La respiration est embarrassée. La langue est sèche ; le facies de plus en plus altéré. Le ventre est très météorisé, surtout dans sa partie supérieure. La palpation n'est plus douloureuse. Pas de gaz. Vomissements incessants de matières verdâtres.

Sérum. Alcool. Opium.

Le malade meurt la nuit suivante dans l'hypothermie.

Autopsie : Abdomen très météorisé. Anses intestinales très distendues. Liquide rougeâtre, plutôt sapieux que purulent. Adhérences nombreuses, récentes, fibrineuses. Liquide dans le petit bassin. Dans la fosse iliaque droite : anses accolées, difficiles à séparer ; cœcum et appendice sains ; liquide semblant venir de plus haut. Recherche de la face antérieure de l'estomac et du pylore : ulcération régulière, arrondie, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 20,à la face antérieure du duodénum à 1 centimètre du pylore.Par sa face muqueuse, cette ulcération ne paraît pas taillée à l'emporte-pièces ; deux gradins concentriques, l'un formé par la couche musculo-séreuse, l'autre par la couche muqueuse. Aucune autre lésion dans l'estomac et le duodénum.

Observation XII. — *Lardennois*, de Reims.

(En collaboration avec le Dr Bauget,23e Congrès de chirurgie.)

L... André, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital le 26 mai, à 10 heures du soir, envoyé par un médecin de la ville avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

A toujours joui d'une bonne santé. Fort, robuste ; aucune tare héréditaire, ni acquise. Aucun passé gastrique : n'a

jamais souffert de douleurs abdominales; n'a jamais rien vu de spécial dans ses garde-robes.

Gros mangeur. Habitudes alcooliques possibles, non affirmées.

Le lundi, 24 mai, au soir, à la suite d'un dîner copieux, ressent un léger malaise, tout à fait passager.

Le 25, au matin, il est tout à fait remis de ce malaise, lorsqu'à la fin de son déjeuner il ressent une douleur abdominale subite, atroce, qui ne fait qu'empirer et l'oblige à se coucher. Nausées et vomissements alimentaires, puis bilieux, qui durent peu. Douleur persistante, en un point à gauche de la ligne médiane entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde.

Un médecin appelé pense à volvulus et fait des lavements sans pression. Le malade entre à l'hôpital dans la soirée.

A 10 heures du soir, plus de vomissements, depuis 11 heures du matin; pas de hoquet. Douleur moins vive, diffuse, dans la portion susombilicale. Ni gaz, ni matières depuis la veille, malgré les lavements.

Ventre tendu, sans ballonnement; un peu de défense musculaire, plus marquée peut-être à la partie susombilicale gauche, avec un peu plus de sensibilité en ce point. Etat général très atteint, demi-torpeur : le malade répond difficilement; il souffre moins et dit aller mieux. Facies profondément altéré; visage légèrement cyanosé; traits tirés; yeux cernés, excavés; regard terne ; voix cassée. La langue est sèche et tremblante. La respiration est anxieuse, un peu précipitée. Le pouls très rapide, filiforme, presque imperceptible. La température = 36° 6. Les extrémités sont froides. Sueurs.

Le 26 mai, à 1 heure du matin, opération.

Chloroforme. Longue incision médiane à 2 travers de doigts au-dessus du pubis, continuée au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture de la cavité abdominale, quelques bulles de gaz un peu fétide; liquide louche, sanieux, plutôt que purulent, avec quelques flocons fibrineux. Anses intestinales distendues, avec dépôts fibrineux; séreuse péritonéale rouge : les lésions semblent généralisées. Recherche du cæcum : l'appendice semble

contracté, rigide, durci, non perforé ; moins de lésions dans l'abdomen inférieur. On pense alors que la lésion siège à l'étage supérieur. On écarte le côlon transverse et le foie ; on arrive sur l'estomac : ici, le liquide péritonéal semble plus louche, les dépôts fibrineux plus abondants. La main qui relève le foie, appuyant sur l'estomac, provoque l'issue de bulles de gaz, qui s'échappent en gargouillant. On trouve une perforation, de la dimension d'une grosse lentille, arrondie, au niveau du canal pylorique, à égale distance des bords supérieur et inférieur ; on ne peut se rendre compte si elle est duodénale ou stomacale. Double série de points de Lambert sur la perforation. Toilette rapide du péritoine et des anses intestinales : assèchement avec des compresses. Suture de la paroi avec deux drains à la partie supérieure et un seul à la partie inférieure.

1.500 grammes de sérum de Hayem, en injection intraveineuse.

Le pouls se remonte un peu. La température atteint 40°.

Le 26 mai, à 9 heures du matin : état général moins grave ; pouls moins misérable ; le malade répond mieux. Pas de vomissements.

A midi, 1200 gr. de sérum.

A 8 heures, 1500 gr. de sérum. Le pansement souillé du liquide des drains est changé.

Température = 37°4. Pouls filiforme, très rapide, intermittent.

A 9 heures, le malade meurt subitement après avoir vomi une demi-cuvette de liquide coloré par de la bile.

Autopsie.— L'ulcération siégeait sur le duodénum, contiguë au pylore, à la partie supérieure de la face antérieure. Elle avait les dimensions d'une grosse lentille ; ses bords étaient arrondis, non ramollis, comme taillés à l'emporte-pièce. Le fond était oblitéré par les points de Lambert.

Sur la muqueuse duodénale et stomacale, aucune autre lésion ; l'estomac n'est pas dilaté ; le sphincter pylorique est normal.

Observation XIII. — *J. Bœckel*, de Strasbourg.

(23e Congrès de Chirurgie.)

Jeune garçon de ferme, d'une vingtaine d'années.

Jusqu'alors excellente santé, sauf depuis 4 semaines, où il ressent de vagues douleurs dans le ventre.

Le jour où M. Bœckel le voit, il a été pris en s'éveillant d'une subite et très violente douleur dans l'abdomen, au voisinage surtout de l'ombilic.

Nausées et vomissements.

Le médecin consulté dit : perforation appendiculaire, et envoie le malade à l'hôpital.

A l'examen, le malade apparaît le facies grippé. Le pouls est à 120, plein, régulier. La température = 39°2. Le ventre est très douloureux dans toute son étendue, légèrement ballonné.

Vers 2 heures du soir, soit 10 heures après le début des accidents, le pouls s'accélère et devient plus petit.

Opération sur les instances du malade.

Laparotomie médiane (diagnostic : appendicite). Incision du péritoine : flot de liquide d'environ 2 litres, teinté de bile jaunâtre. Intestins rougeâtres, dépôts fibrineux. Appendice sain. Vésicule biliaire saine. Recherche du duodénum : au niveau de sa deuxième portion, une perforation de la dimension d'une petite lentille, d'où s'échappe la bile,

Enfouissement par un triple rang de sutures. Lavage péritonéal au sérum artificiel. Sutures.

Le malade meurt au bout de 48 heures.

L'autopsie ne montre rien de plus que l'intervention ; les sutures ont parfaitement tenu.

Observation XIV. — *M. Lecène.*

(Rapport de M. le Pr Hartmann à la Société de Chirurgie, 1er mars 1911.)

Jeune homme de 20 ans.

Le lundi 26 décembre 1910, au repas de midi, se sent mal à l'aise ; continue cependant à travailler.

A 7 heures du soir, à la sortie de l'atelier, douleur brusque, très violente, dans la fosse iliaque droite.

Il ne peut marcher et rentre chez lui en voiture.

A son arrivée, un vomissement alimentaire et bilieux,abondant.

Un médecin diagnostique : appendicite, et conseille l'envoi à l'hôpital,où le malade arrive à minuit.

Température rectale = 38°8. Pouls = 100. Glace sur le ventre.1 litre de sérum.

Le 27, au matin : température = 38°2. Pouls = 100 bien frappé, régulier. Facies un peu grippé. Langue saburrale, n'est pas sèche.

Depuis la veille, 7 heures 1/2, n'a pas eu de vomissements; pas d'urine, malgré plusieurs essais ; ni matières, ni gaz.

Pas de ballonnement du ventre.

Douleur très vive, spontanée et à la pression, sur la fosse iliaque droite, en un point surtout situé au milieu de la ligne ombilico-iliaque.

Contracture musculaire très nette à ce niveau seulement et submatité.

Matité hépatique normale.

Le malade prétend n'avoir jamais eu aucun trouble digestif antérieur ; n'a jamais été malade; a toujours parfaitement digéré ; excellent appétit; selles tous les jours,jamais colorées en noir.

Diagnostic : appendicite aiguë.

Opération : 1° Incision fosse iliaque droite, sur le bord externe du muscle droit. A l'ouverture de la cavité abdominale, pus jaunâtre, bien lié, sans odeur. Appendice libre, légèrement vascularisé. On l'enlève ; mais jugeant ses lésions insuffisantes, pour expliquer ces accidents, on pense à ulcère gastrique ou duodénal perforé. Fermeture de l'incision iliaque, après drainage du douglas ;

2° Incision transversale, dépassant de chaque côté la ligne médiane de 8 centimètres, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde. Ouverture du péritoine ; pus jaunâtre,

sans odeur. Estomac : fausses membranes légères, vascularisation légère ; pas de perforation. Pylore ; fausses membranes, vascularisation plus nette. Duodénum : à la face antérieure de la 1re portion, à plus de 2 travers de doigt du pylore, une perforation lenticulaire, au centre d'un épaississement cartonné de la paroi antérieure, large comme une pièce de deux francs.

Suture de la perforation impossible.

Enfouissement par surjet séro-musculo-séreux, au catgut, placé perpendiculairement à l'axe du duodénum. On fixe l'épiploon sur le surjet d'enfouissement.

Gastroentérostomie postérieure, typique, transmésocolique, à anse courte, avec suspension verticale de l'anse jéjunale.

Fermeture complète.

L'intervention a duré 40 minutes ; le malade semble l'avoir bien supportée. Un litre de sérum.

Position de Fowler. Le drain du Douglas donne beaucoup les 2 premiers jours ; on l'enlève le quatrième. Guérison.

Le malade fut revu en septembre 1912. Il va très bien, ne souffre pas de l'estomac. Radiographie, après ingestion de bouillie bismuthée : la plus grande partie du bismuth passe par l'anastomose gastro-jéjunale.

Observation XV. — *Dr Lagoutte*, du Creuzot. Lyon Chirurgical, 1er mars 1912.

D..., 33 ans, ouvrier des usines du Creusot, est amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 10 novembre 1911, à 2 heures de l'après-midi. Il a été pris brusquement de violentes douleurs dans le ventre à 11 heures du matin : ni traumatisme, ni effort violent, pouvant expliquer l'apparition soudaine des accidents.

A son arrivée : douleur intense, atroce, dans l'abdomen. Facies anxieux, il se tient assis, courbé en deux, les mains sur son ventre ; refuse de s'étendre pour se laisser examiner.

Ventre de bois, dur, contracté, maximum de rigidité à l'épigastre et dans le côté droit de l'abdomen. Douleur à la pression ; maximum, hypocondre et aussi fosse iliaque droite. Le

pouls est bon, bien frappé, 90 à la minute, température = 37°5. Pas de vomissements.

On fait le diagnostic de perforation viscérale, sans pouvoir en préciser le siège.

Le soir, à 2 heures 1/2, opération.

1° Incision, petite, parallèle à l'arcade crurale. Liquide séro-purulent en abondance. Appendice sain.

On place un gros drain dans le petit bassin, et on le fait sortir à la partie inférieure de l'incision. Sutures au fil métallique.

2° Incision médiane susombilicale. Liquide séro-purulent plus abondant, surtout du côté droit et en haut. Gaz et mucosités conduisent surtout vers le pylore. Issue de bile par un orifice de la dimension d'une lentille, situé sur la face antérieure de la deuxième portion du duodénum; bords taillés à l'emporte-pièce au centre d'une petite masse indurée.

Les bords indurés et friables rendant impossible la suture, et l'excision semblant aussi difficile, on fait l'enfouissement par un plan séro-séreux, autant que possible perpendiculaire à l'axe du duodénum. Par-dessus ce plan, suture d'un fragment d'épiploon.

Un gros drain au niveau de la région de la perforation, ressortant par la plaie abdominale.

Aspiration des liquides péritonéaux à la trompe.

Suture aux fils métalliques.

Le malade est mis en position de Fowler.

1 litre de sérum en injection sous-cutanée.

Lavement de sérum goutte à goutte à raison de 1 litre par heure, en interrompant 1 heure sur 2.

La température ne dépasse pas 38° 5.

Le pouls est à 110. Le lendemain matin, il revient vite à la normale.

Le troisième jour, les fonctions intestinales sont rétablies.

Un vomissement de mucosités abondantes, incident unique, qui n'empêche pas la reprise de l'alimentation.

Le malade quitte l'hôpital guéri.

Depuis, il est en excellente santé, ne souffre plus de l'estomac.

CONCLUSIONS

—

Des observations et des considérations qui précèdent il résulte qu'il faut :

1° Penser à la perforation d'un ulcère du duodénum, en présence d'un malade en crise caractérisée par une douleur abdominale atroce, subite, au creux épigastrique, ou vers la partie droite de l'abdomen ; par de la sensibilité à la pression à ce niveau et, surtout, par de la contracture réflexe de la paroi (signe de grosse importance).

2° Chez un malade, dont le maximum des douleurs semble être du côté de l'appendice sur la fosse iliaque, se méfier du caractère de brusquerie et d'intensité des symptômes du début, de la douleur ; fouiller les antécédents et n'accepter le diagnostic d'appendicite qu'après étude serrée de tous ces signes.

3° Intervenir d'une façon immédiate, quand on est en présence de ces symptômes ; ne pas attendre qu'ils

se confirment, ils ne se confirment qu'en s'aggravant, et en devenant irrémédiables.

4° Faire l'incision sus-ombilicale médiane, avec, s'il y a lieu, débridement sur le bord interne du muscle droit, du côté droit — ou bien l'incision transversale que préconisent Lecène et Gosset.

5° Si l'incision faite sur la fosse iliaque, s'il y a eu erreur de diagnostic, montre que l'origine des lésions n'est pas l'appendice, ne pas s'en tenir là ; inciser sur la partie supérieure de l'abdomen et rechercher le duodénum et l'estomac où peut exister une perforation.

6° Toutes les fois que possible, lorsqu'on ne craindra pas une opération un peu longue, faire l'excision suivie de la duodénoplastie. Sinon, faire l'enfouissement au catgut suivant une ligne perpendiculaire à l'axe du duodénum.

7° Si l'on craint que de l'obstruction de la perforation il ne résulte un rétrécissement très important du duodénum, et si l'état du malade le permet, faire la gastroentérostomie immédiate complémentaire.

8° Essuyer légèrement à la compresse les matières qui ont pu s'échapper de la perforation. Pas d'éviscération : pas de manœuvres complexes. Faire le lavage du péritoine au cas seulement de péritonite étendue, avec de nombreux débris entre les replis intestinaux.

9° Assurer le drainage au moyen d'un drain placé dans le Douglas et la fosse iliaque droite, et dans la région où se sont faites les lésions, si nécessaire.

10° Après l'intervention, mettre le malade en position de Fowler ; remonter son état général et combattre le collapsus au moyen d'injections de sérum (intrarectal), et de toni-cardiaques, remédier à la paralysie intestinale.

Vu :
Le Doyen,
Landouzy.

Vu et approuvé :
Le Président de thèse,
Legueu.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de
l'Académie de Paris,
Liard.

BIBLIOGRAPHIE [1]

Baisoin. — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère du duodénum. — Thèse de Paris, 1912.

Bier (Berlin). — Sur l'ulcère du duodénum (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. XXVIII, nos 17 et 18, 25 avril et 2 mai 1912).

Bœckel (de Strasbourg). — Ulcère latent du duodénum. Perforation subite et mort après la parotomie pratiquée *in extremis* (23e *Congrès de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1910, p. 589).

Caillé. — *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, avril 1911.

Delagenière. — 12 cas d'ulcère du duodénum (*Société de chirurgie*, séance du 9 novembre 1910).

Delagenière. — De la technique opératoire des péritonites diffuses et des appendicites (*Arch. provinciales de chirurgie*, no 5, mai 1912).

Delagenière. — Traitement des péritonites aiguës (*24e Congrès de chirurgie*, 1911).

Delagenière et Langevin. — Ulcère du duodénum (*Archives médicales de province*, 20 janvier, 20 février 1911).

Delaunay (de Paris). — A propos du traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum (*23e Congrès de Chirurgie*, 1910. Séance du 5 octobre).

Elsworth-Eliot, de New-York. — Symptômes cliniques et

(1) Pour tous les ouvrages et études parus sur l'ulcère du duodénum avant octobre 1910, je renvois à la bibliographie très complète que donne *Pauchet*, à la suite de son rapport au *23e Congrès de Chirurgie*. Séance du 5 octobre 1910, page 548.

traitement de l'ulcère aigu perforant de l'estomac et du duodénum (*Annals of Surgery*, t. XV, n° 4, avril 1912, et n° 5, mai 1912).

Ferran. — Les ulcères du duodénum. (*Gazette des Hôpitaux*, n^{os} 29, 32, 1911).

Gaultier, Dujarier, Lœper. — L'ulcère du duodénum (*Journal médical français*, septembre 1911).

Gosset. — De l'incision transversale dans les opérations sur la vésicule et les voies biliaires (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, n° 31, 8 octobre 1912).

Guibé. — Diagnostic des affections abdominale qui nécessitent un traitement chirurgical d'urgence.

Hartmann. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum (*23^{e} Congrès de Chirurgie*, séance du 5 novembre 1910).

Hartmann. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, n^{os} 31-34, novembre-décembre, 1910.

Hartmann. — Au sujet de deux cas d'ulcère du duodénum opérés par Lecène. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, mars 1911).

Hartmann. — Traitement des péritonites aiguës. (*24^{e} Congrès de chirurgie*, 1911).

Imfeld. — Ueber den jüngsten bekannten Fall von perforirendem Duodenalgeschweir (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* Band *90*, Heft 4-6, Juli, 1911).

Jonnesco, de Bucarest. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum par l'exclusion du pylore (*23^{e} Congrès de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1910).

Lardennois (de Reims). — Le diagnostic et le traitement de l'ulcère perforé du duodénum (*23^{e} Congrès de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1911).

Lecène. — *Presse médicale*, 23 octobre 1912.

Leriche et Bressot. — L'exclusion du duodénum (*Lyon Chirurgical*, 1er octobre 1911).

Lagoutte (du Creusot). — Des perforations brusques de l'ulcère duodénal en péritoine libre (*Lyon Chirurgical*, 1er mars 1912).

MATHIEU. — Communication à la Soc. de Chirurgie (*Bulletin et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, n° 31, octobre 1910).

MATHIEU. — Contribution à l'étude de l'ulcus duodénal vrai (*Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, n^{os} 32, 33, novembre 1910).

MATHIEU. — Pathologie gastro-intestinale, 1911.

MEULLE. — Etude sur l'ulcère simple du duodénum (Thèse de Paris, 1912).

MEUNIER (Léon). — Un symptôme clinique de l'ulcère duodéno-pylorique.

MAUCLAIRE. — Traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire (*Gazette des Hôpitaux*, janvier 1911).

MONPROFIT (d'Angers). — L'Ulcère du duodénum (*23^{e} Congrès de Chirurgie*, 1910).

MOYNIHAN. — *The Lancet*, 1er janvier 1912.

NEUDORFER. — L'ulcère du duodénum (*XI^{e} Congrès de Chirurgie allemand*, avril 1911).

ŒTTINGER. — De la symptomatologie de l'ulcère du duodénum (*Société Médicale des hôpitaux*, 19 mai 1911).

ŒTTINGER. — *Arch. des maladies de l'appareil digestif*, 1911.

PATERSON. — Association de l'Ulcère du duodénum et de l'appendicite (*The Lancet*, 24 janvier 1911).

PETREN. — Perforations gastriques et duodénales (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. LXXII, fasc. 2, 1911).

QUENU. — L'exclusion du duodénum dans un cas d'hémorragie aiguë (*Bulletin et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 29 novembre 1910).

ROSS. — Perforated ulcer of stomach and duodenum (*The American Journal of the Medical sciences*. Vol. CXLI, n° 6, june 1911).

TÉDENAT, de Montpellier. — Ulcère du duodénum (*23^{e} Congrès de Chirurgie*, séance du 5 oct. 1910).

TELFORD (Manchester). — Perforation rétro-péritonéale de l'ulcère duodénal (*The British Medical Journal*, n° 2679, 4 mai 1912).

Témoin (Bourges). — Traitement des péritonites aiguës (*Rapport au 24e Congrès de Chirurgie*, 1911).

Tuffier. — *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 9 novembre 1910.

Tuvache (la Flèche). — A propos d'un cas de perforation d'ulcère du duodénum (*Arch. médico-chirurgicales de province*, 15 août 1910).

Vautrin. — Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum (*Arch. gén. de chirurgie*, n° 8, 25 août 1910).

Vautrin. — L'exclusion du duodénum dans la cure de l'ulcère sous-pylorique (*Revue de Chirurgie*, 10 mai 1912).

Zitronblatt (de Moscou). — Clinique et pathologie des ulcères aigus perforants de l'intestin et du duodénum (*Roussk Vratch*, t. X, nos 47 et 48, novembre 1911).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER 9

Observation I 12

Observation II 14

CHAPITRE II. — **Symptômes** 17

Observation III 31

CHAPITRE III. — **Diagnostic** 35

CHAPITRE IV. — **Pronostic** 47

CHAPITRE V. — **Traitement** 51

CHAPITRE VI. — **Observations** 68

Observations IV à XV 68

CONCLUSIONS 81

BIBLIOGRAPHIE 84

Poitiers. — Imp. G. Roy, 7, rue Victor-Hugo.